

Entwurf einer neuen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

als Kompromiss zwischen
Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung
zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig

Stand: 30.04.2025

Vertraulich

Hinweis:

In diesem Dokument wird bei Personenbezeichnungen das generische Maskulinum verwendet; gemeint sind stets alle Angehörigen der genannten Personengruppen unabhängig vom Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

Paragraphenteil der GOÄ 5

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage 1) 14

A. Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen 15

B. Grundleistungen, Allgemeinmedizin 18

 I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen 20

 II. Spezielle Beratungen und Untersuchungen 27

 III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz 32

 IV. Berichte, Briefe 35

 V. Todesfeststellung 37

 VI. Zuschläge 38

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen 40

 I. Anlegen von Verbänden 41

 II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen 49

 III. Punktionen 64

 IV. Impfungen und Testungen 68

 V. Intensivmedizinische Leistungen 73

 VI. Sonographische Leistungen 81

 VII. Testverfahren 101

 VIII. Schlafmedizinische Leistungen 102

D. Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin 108

 Zuschläge für ambulante Anästhesieleistungen 109

 I. Anästhesieleistungen 111

 II. Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen 120

E. Physikalisch medizinische Leistungen 125

 I. Inhalation 127

 II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen 128

 III. Massagen und Lymphdrainagen 132

 IV. Hydrotherapie 134

 V. Wärme- und Kältetherapie 135

 VI. Elektrotherapie 136

 VII. Ergotherapie 137

 VIII. Logopädie 138

 IX. Planung, Einleitung, Koordination, Therapiekontrolle 139

F. Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen	142
I. Angiologie	143
II. Kardiologie	147
III. Invasive Kardiologie	152
IV. Gastroenterologie	167
V. Proktologie	174
VI. Nephrologie	178
VII. Pneumologie	182
VIII. Rheumatologie/Immunologie	188
IX. Hämatologie/Onkologie	190
X. Endokrinologie/Diabetologie	192
XI. Arbeitsmedizin	195
XII. Kinder- und Jugendmedizin	196
XIII. Dermatologie	198
XIV. Konservative Orthopädie	204
G. Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen	208
I. Neurologie, Neuropädiatrie	209
II. Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin	218
III. Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken	226
H. Gynäkologie und Geburtshilfe	232
I. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	233
II. Konservative Gynäkologie und Geburtshilfe	238
I. Leistungen der konservativen Augenheilkunde	246
J. Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	255
K. Leistungen der konservativen Urologie	272
L. Chirurgie	276
Zuschläge für ambulant Operieren	279
Zuschläge für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	281
I. Plastische Chirurgie, Oberflächenchirurgie, Replantationschirurgie	282
II. Operative Orthopädie und Traumatologie	359
III. Arthroskopien	410
IV. Endoprothetik	424
V. Neurochirurgie	470
VI. Wirbelsäulenchirurgie	481
VII. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	496
VIII. Halschirurgie	512

IX. HNO-Chirurgie.....	518
X. Thoraxchirurgie.....	551
XI. Herzchirurgie.....	564
XII. Gefäßchirurgie	575
XIII. Operative Gynäkologie	591
XIV. Operative Urologie	600
XV. Operative Augenheilkunde.....	620
XVI. Hernienchirurgie.....	635
XVII. Viszeralchirurgie	640
XVIII. Operative Proktologie.....	690
M. Ärztliche Laboratoriumsleistungen	701
I. Präsenzlabor	704
II. Basislabor	711
III. Speziallabor	719
N. Zell- und gewebebasierte Leistungen	885
I. Histologie, Zytologie und Tumorgenetik.....	887
II. Zytogenetik und molekulare Zytogenetik.....	890
O. Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	894
I. Radiologie	896
II. Nuklearmedizin	918
III. Strahlentherapie	927
P. Sektionsleistungen.....	936
R. Rehabilitationsmedizinische Leistungen	938
S. Sonstige Leistungen	940
Rechnungsformular (Anlage 2)	946

Paraphenteil der GOÄ

Vertraulich

§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) ¹Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind, und die gemäß Berufsordnung der (Landes-)Ärztelammer erbracht werden. ²Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Arzt nur berechnen oder beauftragen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (Verlangensleistungen). ³Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.

§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung

- (1) ¹Durch Vereinbarung kann ein von dieser Verordnung abweichender, höherer Gebührensatz (Faktor) festgelegt werden. ²Für Leistungen nach den Kapiteln E, M, N und O sowie für Leistungen nach § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle eines nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuchs vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. ³Im Übrigen ist bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen sowie Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig. ⁴Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) ¹Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. ²Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Faktor, dem Grund für die Abweichung vom Gebührensatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. ³Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. ⁴Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 3 GOÄ – Vergütungen

¹Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen zu. ²Grundlage der Vergütung sind die Bestimmungen im Paraphentheil und im Gebührenverzeichnis (Anlage 1).

§ 4 GOÄ – Gebühren

- (1) ¹Gebühren sind Entgelte für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten ärztlichen Leistungen. ²Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. ³Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten. ⁴Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden.
- (2) ¹Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). ²Als eigene Leistungen gelten ferner von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnittes M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die entweder nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. ³Eine veranlasste oder selbst erbrachte Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zu Grunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen. ⁴§ 1 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.
- (2a) ¹Wird im Rahmen einer vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung wahlärztlicher Leistungen gemäß dem § 17 KHEntgG und § 16 Satz 2 BPfIV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren Gründen an der Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. ²Eine Vertretung bei Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort im Sinne des § 2a KHG ist grundsätzlich ausgeschlossen. ³Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
- (2b) ¹Für den Fall der absehbaren Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche Leistung auch durch einen anderen bestimmten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn dies in einer zusätzlichen Individualvereinbarung nach Aufklärung des Patienten über folgende Wahlmöglichkeiten rechtzeitig vor der Leistungserbringung vereinbart wurde:
1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch einen, individuell zu benennenden Arzt desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;
 2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG;
 3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt gewährleistet.
- ²Der Patient ist rechtzeitig über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten.
- (2c) ¹In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein weiterer Vertretungsarzt benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach Absatz 2a Satz 1 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann. ²Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.

- (2d) ¹Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung oder einer Wahlleistung im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses gelten
1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 23, 26 bis 28, 35 bis 37, 100, 104 bis 115, 119 bis 124, 202 bis 205, 207 bis 212 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
 2. Visiten nach den Nummern 200 und 201, ggf. einschließlich 210 bis 212 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
 3. Leistungen nach den Nummern 206, 210 bis 212, 600, 700, 701 einschließlich 787 bis 789, 703, 743, 746 bis 748, 787 bis 789 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,
- einschließlich der dazugehörigen Zuschläge nur, wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter nach Absatz 2a Satz 1 und Absatz 2c Satz 1 oder durch den in Absatz 2b vereinbarten Vertreter persönlich erbracht werden.
- ²Bei der wahlärztlichen Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechnungsberechtigte und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte Rechnungsstellung.
- ³Wird die Rechnungsstellung auf einen Dritten übertragen, hat der Auftraggeber auf Verlangen des Patienten die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen und die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.
- (2e) Dieselbe ärztliche Leistung darf je Erbringung nur einmal berechnet werden, auch wenn sie arbeitsteilig von mehreren Ärzten erbracht wird, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.
- (3) ¹Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. ²Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. ³Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung. ⁴Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.
- (4) ¹Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist. ²Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
- (5) ¹Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. ²Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.
- (6) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5 GOÄ – Gebührenhöhe

¹Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. ²Die Gebühr wird in Euro angegeben.

§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

- (1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen ausschließlich nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.
- (2) ¹Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach dem 01.01.2018 erstmals im Geltungsbereich der GOÄ angewandt wurden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung). ²Der Arzt hat den Patienten vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. ³Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten.

§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung und bei Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses

- (1) ¹Bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen, die auch nach § 7 KHEntgG oder § 7 BpflV oder aufgrund einer Vergütungsvereinbarung vergütet werden, sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 Prozent zu mindern. ²Die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten beträgt 15 Prozent. ³Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Nummer 504 des Gebührenverzeichnisses. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
- (2) ¹Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 9 bleiben unberührt. ²Auslagen sind nicht gesondert nach § 10 berechnungsfähig, soweit die Leistung, für die die Auslagen eingesetzt wurden, nach den Vorschriften des Krankenhausrechts Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen ist.

§ 7 GOÄ – Entschädigungen

Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung.

§ 8 GOÄ – Wegegeld

(1) ¹Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. ²Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

1.	bis zu zwei Kilometern,	4,30 Euro,
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	8,60 Euro,
2.	mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern	8,00 Euro,
	bei Nacht	12,30 Euro,
3.	mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern	12,30 Euro,
	bei Nacht	18,40 Euro,
4.	mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern	18,40 Euro,
	bei Nacht	30,70 Euro.

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

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

§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

- 42 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
- bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag,
- Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

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

§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen

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

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

²Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. ³Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig, soweit in den Allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses nichts Abweichendes bestimmt ist. ⁴Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.

(2) ¹Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

²Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten, nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) ¹Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die jeweiligen Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. ²Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. ³Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Kapiteln M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels M des Gebührenverzeichnisses berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Kapiteln M oder N erbringt. ⁴Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

§ 11 GOÄ – Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

- (1) ¹Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, dürfen abweichend von § 5 Satz 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. ²In diesen Fällen müssen die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 treffen.
³Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.
- (2) ¹Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. ²In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) ¹Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. ²Die Rechnung soll innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden.
- (2) ¹Die Rechnung muss mindestens folgende Angaben enthalten:
1. die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,
 2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,
 3. bei Gebühren die Anzahl, die Gebührennummer und deren Kurzbezeichnung, ggf. ein Hinweis auf das Vorliegen eines Falles von § 4 Absatz 1 Satz 3,
 4. den jeweiligen Betrag sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen oder Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses gefordert: die Organbezeichnung, die Uhrzeit der Leistungserbringung, die Dauer oder Mindestdauer der Leistungserbringung,
 5. bei Gebühren für vollstationäre, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sowie für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
 6. bei Gebühren für Leistungen für die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 314 und nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten dem je Gebührenposition angewandten Gebührensatzes nach § 75 Absatz 3a und 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 7. bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon betroffenen Gebührennummern und des vereinbarten Faktors,
 8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die genaue Bezeichnung der einzelnen Auslage, bei Arzneimitteln den Wirkstoffnamen, sowie die konkret verbrauchte Menge. ²Übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg über die entstandenen Kosten beizufügen,
 10. bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M nach § 10 Absatz 3 den Ort der Leistungserbringung.

²Die Rechnungsstellung erfolgt unter Verwendung eines maschinenlesbaren Rechnungsformulars gemäß Anlage 2. ³Zur Erprobung und zum Einsatz der Telematikinfrastruktur bei der Rechnungserstellung treffen die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden eine Vereinbarung.

- (3) ¹Die Rechnung kann der Erstattungsstelle mit deren Einverständnis und dem schriftlichen Einverständnis des Patienten auch in elektronischer Form übermittelt werden.
²Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung.
- (4) Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind in der Rechnung mit einem der Gebührennummer vorangestellten „V“ zu kennzeichnen, Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen dienen, mit einem der Gebührennummer vorangestellten „F“.
- (5) ¹Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen auf der Rechnung verständlich anzugeben.
²Anzugeben ist des Weiteren die Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung; der Gebührennummer ist ein „A“ voranzustellen.
- (6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten nachweislich einwilligt und den Arzt insoweit nachweislich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

§ 13 GOÄ – Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

- (1) Diese Verordnung tritt am xx.xx.xxxx in Kraft.
- (2) Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) gilt weiter für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind.

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage 1)

Vertraulich

Kapitel A

Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Einteilung des Leistungsverzeichnisses der Gebührenordnung in unterschiedliche Kapitel und Abschnitte dient ausschließlich Zwecken der Gliederung und steht in keinem Zusammenhang mit möglichen gebietsbezogenen Beschränkungen, z.B. aufgrund der in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern festgelegten berufsrechtlichen Regelungen.
2. Die Leistungslegenden der einzelnen Gebührennummern sind gegliedert in Titel, Zusatz und Abrechnungsbestimmung. Der ggf. vorhandene Zusatz konkretisiert die Leistung oder führt die obligatorischen und/oder fakultativen Leistungsbestandteile auf. Die ggf. vorhandene Abrechnungsbestimmung enthält Aussagen zur Berechnungsfähigkeit oder zu erforderlichen Angaben in der Rechnung.
3. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer nur berechnungsfähig, wenn alle Leistungen erbracht worden sind. Die betreffende Gebührennummer ist nur einmal berechnungsfähig.
4. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „oder“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Wird mehr als eine der in der Leistungslegende mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht, so ist die betreffende Gebührennummer entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
5. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und/oder“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „und/oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Wird mehr als eine oder werden ggf. alle der in der Leistungslegende mit „und/oder“ verbundenen Leistungen erbracht, so ist die betreffende Gebührennummer nur einmal berechnungsfähig.
6. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „einschließlich“ werden alle obligatorisch zu erbringenden Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Gebührennummer kann nur dann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) und alle obligatorischen Teilleistungen erbracht worden sind.
7. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „ggf. einschließlich“ werden alle fakultativ erbringbaren Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Gebührennummer kann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) sowie ggf. enthaltene obligatorische Teilleistungen (im Zusatz mit „einschließlich“ gekennzeichnet) erbracht worden sind. Die Erbringung fakultativer Leistungsbestandteile ist keine zwingende Voraussetzung zur Berechnung der betreffenden Gebührennummer.
8. Die Begriffe „auch beidseitig“ oder „ein- oder beidseitig“ in der Leistungslegende lassen bei Eingriffen, die z.B. auf paarig angelegte Organe oder beide Körperhälften bezogen sind, eine Berechnungsfähigkeit der Gebührennummer bereits dann zu, wenn der Eingriff nur auf einer Seite durchgeführt wird. Auch wenn die Maßnahmen auf beiden Seiten erfolgen, ist die Gebührennummer nur einmal berechnungsfähig.
9. Enthält die Leistungslegende den Zusatz „je Sitzung“, ist die betreffende Gebührennummer im Verlauf einer Inanspruchnahme, d.h. eines Arzt-Patienten-Kontaktes, nur einmal berechnungsfähig. Als Sitzung gilt ein Arzt-Patienten-Kontakt zur Durchführung einer oder mehrerer ärztlicher Leistungen, um das Untersuchungs-, Beratungs-, Therapieziel der Sitzung zu erreichen. Wird die Inanspruchnahme des Arztes aus praxisorganisatorischen Gründen unterbrochen, so wird die Sitzung dadurch nur unterbrochen und berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der betroffenen Leistung(en). Das gilt auch dann, wenn die Räumlichkeit gewechselt wird. Die Sitzung endet erst, wenn die Leistung(en) ihrem Ziel gemäß vollständig abgeschlossen wurde(n). Wird jedoch zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag mindestens eine andere Leistung erbracht, können auch mehrere Sitzungen pro Kalendertag erfolgen, sofern die Erbringung der betreffenden Leistung(en) in einer weiteren, vom ersten Arzt-Patienten-Kontakt zeitlich abgegrenzten Sitzung medizinisch erforderlich ist.

10. Sofern in der Leistungslegende Leistungen als nicht nebeneinander berechnungsfähig ausgewiesen sind, bezieht sich dieser Abrechnungsausschluss auf dieselbe Sitzung. Soweit die Abrechenbarkeit eines Zuschlags neben einer bestimmten Hauptleistung ausgeschlossen ist, kann dieser dennoch innerhalb der gleichen Sitzung angesetzt werden, soweit er sich auf eine andere ihm zugeordnete Hauptleistung bezieht und die Hauptleistungen nebeneinander berechnungsfähig sind.
11. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
12. Als Krankheitsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Jahres nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
13. Das deutliche Überschreiten der im Legendentext beschriebenen Mindestdauer berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der jeweiligen Gebührennummer, soweit nicht in der Leistungslegende ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.
14. Leistungen, die sowohl als selbstständige Leistungen als auch als obligater oder fakultativer Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis enthalten sind, sind in einer Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig.
15. Dokumentationen sind stets Bestandteil der zugrundeliegenden Leistung und dürfen nicht gesondert berechnet werden.
16. Bei einer analogen Abrechnung einer nicht im Gebührenverzeichnis abgebildeten Leistung gelten für die analog berechnete Leistung sämtliche Rahmenbedingungen der herangezogenen Ausgangsgebühr (also insbesondere die Abrechnungsbestimmungen, die Allgemeinen Bestimmungen und die Zuschläge). Die Berechnung eines Zuschlags für eine analog herangezogene zuschlagsfähige Gebühr ist insoweit zulässig, als dieser im Hinblick auf die Art der analog berechneten Gebühr nach Sinn und Zweck gerechtfertigt ist.
17. Zuschläge dürfen außer in den in Nr. 16 genannten Fällen ausschließlich für die Leistung berechnet werden, für die sie vorgesehen sind.
18. Je Sitzung ist nur ein Zuschlag für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung berechnungsfähig. Maßgeblich ist dafür der Zuschlag für die je Sitzung erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz über alle Abschnitte und Kapitel hinweg.
Ein Zuschlag für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung kann erst bei einer Mindestrechnungshöhe von 10 Euro je Sitzung angesetzt werden.
19. Sofern die Leistungsinhalte dazu geeignet sind, können die Leistungen des vorliegenden Gebührenverzeichnisses grundsätzlich auch per Videoübertragung (z.B. Videosprechstunde) erbracht werden.
20. Rechtzeitig im Sinne des § 4 Abs. 2b GOÄ bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten.
21. Belege im Sinne des § 12 Abs. 2 S. 2 Nr. 9 GOÄ sind grundsätzlich Belege von Dritten (beispielsweise Hersteller und Lieferanten).

Kapitel B

Grundleistungen, Allgemeinmedizin

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen nach Nummer 1 oder 4 und/oder 14 bis 18 können an demselben Kalendertag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Art der Erkrankung geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.
2. Beratungs-, Gesprächs-, Schulungs- und/oder Betreuungsleistungen sind nicht neben Leistungen berechnungsfähig, die diese als Teilleistungen enthalten und nicht während der Erbringung anderer Leistungen. Eine Erbringung von Beratungs-, Gesprächs-, Schulungs- und/oder Betreuungsleistungen vor oder im Anschluss an eine andere Leistung ist berechnungsfähig.
3. Untersuchungsleistungen sind nicht neben Leistungen berechnungsfähig, die diese als Teilleistungen enthalten.
4. Mehr als zwei Visiten an demselben Kalendertag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Art der Erkrankung geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Kalendertag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben.
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach Nummer 1, 2 oder 3, 14 bis 18 und/oder 20 und 21 nicht berechnungsfähig.
5. Besuchsgebühren nach Nummer 203 und/oder 205 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
6. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig, sofern im Leistungsverzeichnis nichts Abweichendes geregelt ist.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen**01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1	Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 2 nicht berechnungsfähig.</i>	14,11 €
2	Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2 ist neben der Leistung nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die genaue Dauer der Gesprächsleistung(en) ist in der Rechnung anzugeben.</i>	21,21 €
3	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1 oder 2 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.</i>	80,21 €
4	Beratung durch den Arzt mittels Telefon oder E-Mail (SMS und Chat ausgeschlossen), Dauer bis zu 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4 ist neben der Leistung nach Nummer 5 nicht berechnungsfähig.</i>	14,01 €
5	Beratung durch den Arzt mittels Telefon, Dauer mehr als 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben der Leistung nach Nummer 4 nicht berechnungsfähig.</i>	19,26 €
6	Ärztliche Beratung des Patienten zur Interpretation von selbstgenerierten Vitalparametern und/oder medizinischen Daten aus elektronischen Anwendungen (z.B. Gesundheits-Apps) und/oder Geräten, ggf. einschließlich Beratung zur Validität der Vitalparameter und/oder medizinischen Daten <i>Die Leistung nach Nummer 6 ist im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.</i>	43,41 €
7	Reisemedizinische Beratung durch den Arzt, einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 7 ist entweder als alleinige Gesprächsleistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 8 berechnungsfähig.</i>	6,90 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8	Reisemedizinische Beratung durch den Arzt, einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 8 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	21,69 €
9	Erhebung einer ausführlichen Erstanamnese, Dauer 60 Minuten <i>Die Art der Anamnese (z.B. umweltmedizinische, allergologische, schmerztherapeutische, homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische, osteopathische) ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 9 ist neben der Leistung nach Nummer 119 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 9 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 9 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese einmal berechnungsfähig.</i>	128,12 €
10	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9 für eine längere Erstanamnese, je vollendete 30 Minuten <i>Die genaue Dauer der Gesprächsleistung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10 ist im Kalenderjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	57,02 €
11	Erhebung einer ausführlichen Folgeanamnese, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Art der Anamnese (z.B. umweltmedizinische, allergologische, schmerztherapeutische, homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische, osteopathische) ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 11 ist neben der Leistung nach Nummer 119 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 11 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 11 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	73,89 €
12	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken oder einen zu Beratenden und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en), im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken oder einer Beratung zur Prävention <i>Die Leistung nach Nummer 12 kann in begründeten Einzelfällen telefonisch erbracht werden. Die Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 12 ist nicht berechnungsfähig, wenn sie während einer anderen Beratungsleistung erbracht wird.</i>	30,88 €
13	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen, auch mittels Telefon, Videotelefonie oder E-Mail (SMS und Chat ausgeschlossen), durch qualifiziertes Praxispersonal und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes, ggf. einschließlich elektronischer Übersendung in die ePA nach Einwilligung des Patienten <i>Die Leistung nach Nummer 13 ist anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnungsfähig.</i>	3,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
14	Symptombezogene klinische Erstuntersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 14 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.</i>	14,36 €
15	Symptombezogene klinische Folgeuntersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 15 ist neben der Leistung nach Nummer 14 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 15 ist pro Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	12,08 €
16	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch ggf. einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus, bei den Augen einschließlich: - beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds; im HNO-Bereich einschließlich: - Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, ggf. einschließlich Spiegelung des Kehlkopfs; beim stomatognathen System einschließlich: - Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; bei den Nieren und ableitenden Harnwegen einschließlich: - Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitals sowie bei Erwachsenen Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich - Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden; bei dem Gefäßstatus einschließlich: - Palpation und ggf. einschließlich Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und ggf. einschließlich Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen <i>Die Leistung nach Nummer 16 ist auch für die Untersuchung eines einäugigen Patienten berechnungsfähig.</i>	18,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
17	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, die Mammae, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitender Harnwege), bei dem Hautorgan einschließlich: - Inspektion der gesamten Haut, der Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, ggf. einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; bei den Stütz- und Bewegungsorganen einschließlich: - Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule, Prüfung der Reflexe; bei den Brustorganen einschließlich: - Auskultation von Herz und Lunge, Perkussion der Lunge, ggf. einschließlich Blutdruckmessung; bei den Mammae einschließlich: - Inspektion und Palpation inklusive der regionalen Lymphabflusswege; bei den Bauchorganen einschließlich: - Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane, palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; bei dem weiblichen Genitaltrakt einschließlich: - bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitals, der Vagina und der Portio uteri, ggf. einschließlich Digitaluntersuchung des Enddarms, ggf. einschließlich Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs	25,44 €
18	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, einschließlich der Untersuchung - der Haut, der sichtbaren Schleimhäute - der Brust- und Bauchorgane - der Stütz- und Bewegungsorgane sowie - einer orientierenden neurologischen Untersuchung	51,30 €
19	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	14,61 €
20	Sichtung und Bewertung komplexer klinischer Vorbefunde sowie deren Einordnung in das Krankheitsbild in Abwesenheit des Patienten, ggf. einschließlich - deren Einholung - der Befundung von mitgebrachten radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Aufnahmen - der Ablage bzw. EDV-Speicherung der Befunde, Dauer mindestens 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 20 ist im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 20 ist nicht berechnungsfähig für die Sichtung einfacher Befundberichte.</i>	41,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
21	Planung, Einleitung und Koordination flankierender diagnostischer und/oder therapeutischer und zusätzlicher sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines Patienten <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 21 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602, 3603, 3702 oder 3800 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 21 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602, 3603, 3702 oder 3800 neben der Leistung nach Nummer 3602, 3603, 3702 oder 3800 nicht mehr berechnet werden.</i>	42,48 €
22	Koordination und Zusammenarbeit mit Dritten, sofern die Leistung nicht mit Nummer 21 abgerechnet werden kann <i>Die Leistung nach Nummer 22 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig.</i>	32,43 €
23	Aufstellung eines Medikationsplans, einschließlich der Berücksichtigung der Medikamenteninteraktionen für Patienten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen bzw. anwenden, ggf. einschließlich elektronischer Übersendung in die ePA nach Einwilligung des Patienten	14,23 €
24	Hausärztliche Betreuung eines Patienten, einschließlich - allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, - Koordination pflegerischer, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten und/oder nicht-ärztlichen Hilfen und/oder flankierenden Diensten, - Einleitung präventiver und/oder rehabilitativer Maßnahmen und Integration nicht-ärztlicher Hilfen und/oder flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen und - Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten <i>Die Leistung nach Nummer 24 ist im Kalenderhalbjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	90,00 €
25	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 24 für die hausärztliche Betreuung eines Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung bei besonderem Aufwand durch die Koordination des aufwendigen Therapieregimes, insbesondere bei bekanntem Risiko pharmakologischer Interaktionen	35,00 €
26	Beurteilung der Auswirkung der diagnostizierten Erkrankungen auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden und/oder lebensbedrohenden Erkrankung einschließlich Beurteilung der Interaktion der Medikamente (und ggf. Anpassung der Verordnung) bei einem multimorbiden Patienten mit mindestens vier chronischen den Behandlungsaufwand erschwerenden Erkrankungen unter Polymedikation (mindestens fünf über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen verordnete Medikamente), ggf. einschließlich Einbeziehung der Bezugsperson(en) <i>Die Leistung nach Nummer 26 ist im Kalenderhalbjahr neben der Leistung nach Nummer 24 oder 25 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 26 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i>	41,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
27	Betreuung, Aufklärung und Beratung von Angehörigen im Rahmen der Behandlung von palliativmedizinischen Patienten, Dauer unter 10 Minuten <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 27 ist entweder als alleinige Gesprächsleistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 28 berechnungsfähig.</i>	7,72 €
28	Betreuung, Aufklärung und Beratung von Angehörigen im Rahmen der Behandlung von palliativmedizinischen Patienten, je vollendete 10 Minuten <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die genaue Dauer der Gesprächsleistung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 28 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	25,14 €
29	Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) mit medizinischen Informationen aus dem aktuellen Behandlungskontext, einschließlich Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten <i>Die Leistung nach Nummer 29 ist einmal bei der ersten Befüllung der ePA berechnungsfähig.</i>	22,00 €
30	Weitere Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) mit medizinischen Informationen aus dem aktuellen Behandlungskontext, einschließlich Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten <i>Die Leistung nach Nummer 30 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	5,00 €
31	Erstanlage einer elektronischen Patientenkurzakte (ePKA) oder eines patientenindividuellen Notfalldatensatzes (NFD), nach Einwilligung des Patienten <i>Die Leistung nach Nummer 31 ist einmal für die Erstanlage der ePKA oder des NFD berechnungsfähig.</i>	18,00 €
32	Aktualisierung einer elektronischen Patientenkurzakte (ePKA) oder eines patientenindividuellen Notfalldatensatzes (NFD), nach Einwilligung des Patienten <i>Die Leistung nach Nummer 32 ist einmal je Behandlungsfall für die Aktualisierung der ePKA oder des NFD berechnungsfähig.</i>	4,00 €
33	Erstanlage eines Datensatzes Persönliche Erklärungen (DPE), ggf. einschließlich Angaben zu - Willenserklärungen zur Organ- und/oder Gewebespende und/oder - Patientenverfügung(en) und/oder - Vorsorgevollmacht(en) <i>Die Leistung nach Nummer 33 ist einmal für die Erstanlage des DPE berechnungsfähig.</i>	4,00 €
34	Aktualisierung eines Datensatzes Persönliche Erklärungen (DPE), ggf. einschließlich Angaben zu - Willenserklärungen zur Organ- und/oder Gewebespende und/oder - Patientenverfügung(en) und/oder - Vorsorgevollmacht(en) <i>Die Leistung nach Nummer 34 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	2,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
35	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 20,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 35, 36 oder 37 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 35 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 35 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 35 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,00 €
36	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 20,00 EUR bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 35, 36 oder 37 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 36 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 36 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 36 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €
37	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 35, 36 oder 37 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 37 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 37 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 37 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	30,00 €

II. Spezielle Beratungen und Untersuchungen**01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
100	Strukturierte ambulante Schulung, auch Gerätegebrauchsschulung, eines Patienten und/oder einer Betreuungsperson, Dauer mindestens 15 Minuten <i>Inhalt und Dauer der Schulung sind in der Rechnung anzugeben.</i>	29,02 €
101	Strukturierte, ambulante, zertifizierte, qualitätsgesicherte Schulung eines Patienten, nach einem von einem Arzt evaluierten Programm zur Diagnostik, Therapie und Alltagsbewältigung und/oder einer Betreuungsperson, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Inhalt und Dauer der Schulung sind in der Rechnung anzugeben.</i>	47,11 €
102	Strukturierte ambulante Schulung, auch Gerätegebrauchsschulung, durch ein Schulungsteam (Arzt und qualifizierte Mitarbeiter) in der Gruppe bis zu 10 Patienten und/oder Betreuungspersonen, je Patient und/oder Betreuungsperson, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Inhalt und Dauer der Schulung sowie die Teilnehmerzahl sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,74 €
103	Strukturierte ambulante, zertifizierte, qualitätsgesicherte Gruppenschulung nach einem evaluierten Programm durch ein Schulungsteam (Arzt und qualifizierte Mitarbeiter) in der Gruppe bis zu 10 Patienten, je Patient, Dauer mindestens 90 Minuten <i>Inhalt und Dauer der Schulung sowie die Teilnehmerzahl sind in der Rechnung anzugeben.</i>	39,36 €
104	Eingehende humangenetische Beratung bei eindeutiger medizinischer Indikation, je vollendete 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 104 ist neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4 oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>	46,75 €
105	Anamnese und verbale Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit ätiologischen Erwägungen, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 105 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 106 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 105 ist an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 4400, 4401, 4402, 4403, 4408, 4409, 4410, 4411, 4412, 4413, 4500, 4501, 4502, 4503, 4504, 4505, 4506, 4507, 4508, 4509, 4510, 4511, 4512, 4513, 4514, 4515, 4516, 4517, 4518, 4519, 4520, 4521, 4522, 4523, 4524 oder 4525 nicht berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	6,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
106	Anamnese und verbale Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit ätiologischen Erwägungen, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 106 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 106 ist an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 4400, 4401, 4402, 4403, 4408, 4409, 4410, 4411, 4412, 4413, 4500, 4501, 4502, 4503, 4504, 4505, 4506, 4507, 4508, 4509, 4510, 4511, 4512, 4513, 4514, 4515, 4516, 4517, 4518, 4519, 4520, 4521, 4522, 4523, 4524 oder 4525 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 106 sind der erhöhte Zeitbedarf in der Rechnung medizinisch zu begründen und die Dauer anzugeben.</i>	21,63 €
107	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 105 oder 106 für die Behandlung einer akuten psychischen Dekompensation	31,02 €
108	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft, einschließlich Beratung über soziale Hilfen, ggf. einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch <i>Neben der Leistung nach Nummer 108 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	53,56 €
109	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins, einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, ggf. einschließlich Eintragung der Untersuchungsergebnisse in den Mutterpass <i>Neben der Leistung nach Nummer 109 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	64,95 €
110	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf, einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, ggf. auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken, ggf. einschließlich Eintragung der Untersuchungsergebnisse in den Mutterpass <i>Neben der Leistung nach Nummer 110 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	44,42 €
111	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales und des Rektums, einschließlich - Erhebung der Anamnese und Beratung - Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung - Untersuchung auf Blut im Stuhl <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 111 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 111 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 111 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 785, 4707, 11747 oder 11748 sind neben der Leistung nach Nummer 111 nicht berechnungsfähig.</i>	61,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
112	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata und des äußeren Genitales, einschließlich - Erhebung der Anamnese und Beratung - Untersuchung auf Blut im Stuhl <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 112 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 112 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 112 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i>	53,09 €
113	Erwachsenen-Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nieren-, Stoffwechselerkrankungen sowie rheumatischen Erkrankungen, einschließlich - Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus) - Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 113 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 113 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 113 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 113 ist neben der Leistung nach Nummer 114 berechnungsfähig.</i>	94,53 €
114	Untersuchung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute zur Früherkennung von Krebserkrankungen, einschließlich der Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 114 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 114 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 114 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 114 ist neben der Leistung nach Nummer 113 berechnungsfähig.</i>	37,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
115	Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Gesundheitliche Betreuung), eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung, einschließlich - einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung - Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten - Beratung des Jugendlichen - schriftliche gutachtliche Äußerung - Mitteilung für die Personensorgeberechtigten - Bescheinigung für den Arbeitgeber	96,90 €
116	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment zur quantitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen, unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und neuromuskulären Globaleindrucks, mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z.B. zur Feststellung und ggf. Beurteilung der Sturzgefahr oder zur Feststellung und ggf. Beurteilung von Hirnleistungsstörungen, z.B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS), Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 116 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 116 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 117 berechnungsfähig.</i>	8,18 €
117	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment zur quantitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen, unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und neuromuskulären Globaleindrucks, mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z.B. zur Feststellung und ggf. Beurteilung der Sturzgefahr oder zur Feststellung und ggf. Beurteilung von Hirnleistungsstörungen, z.B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS), je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 117 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 117 sind der erhöhte Zeitbedarf in der Rechnung zu begründen und die Dauer anzugeben.</i>	25,02 €
118	Aufsuchen eines Patienten in häuslicher Umgebung durch qualifizierte Mitarbeiter ohne Anwesenheit des Arztes im Zuge der Befunderhebung und/oder Behandlung (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel) <i>Neben der Leistung nach Nummer 118 sind andere Leistungen nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 118 ist Wegegeld berechnungsfähig.</i> <i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 118 setzt voraus, dass der Patient die Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen kann.</i>	34,20 €
119	Homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische oder osteopathische Fallanalyse, ggf. einschließlich Repertorisation, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 119 ist neben der Leistung nach Nummer 9 oder 11 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 119 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Fallanalyse einmal berechnungsfähig.</i>	66,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
120	Erstellung einer komplexen Rezeptur gemäß chinesischer Medizin	19,50 €
121	Pulsdiagnostik und/oder Zungendiagnostik nach den Regeln der chinesischen Medizin	15,50 €
122	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 38,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	10,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 122, 123 oder 124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 122 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 122 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 122 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	
123	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 38,00 EUR bis zu 62,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	20,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 122, 123 oder 124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 123 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 123 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 123 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	
124	Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 62,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	30,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 122, 123 oder 124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 124 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 124 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 124 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz**01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
200	Visite im Krankenhaus <i>Visiten sind vom liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses persönlich zu erbringen. Bei dessen unvorhergesehener Verhinderung oder bei Individualvereinbarung ist die Visite des im Wahlarztvertrag vereinbarten ständigen ärztlichen Vertreters berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 200 ist anstelle oder neben anderen Leistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Kalendertag andere Leistungen des Kapitels B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Kapitel B berechnet werden.</i> <i>Wird mehr als eine Visite an demselben Kalendertag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 201 berechnet werden.</i>	14,00 €
201	Zweitvisite im Krankenhaus <i>Visiten sind vom liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses persönlich zu erbringen. Bei dessen unvorhergesehener Verhinderung oder bei Individualvereinbarung ist die Visite des im Wahlarztvertrag vereinbarten ständigen ärztlichen Vertreters berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 201 ist anstelle oder neben anderen Leistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Kalendertag andere Leistungen des Kapitels B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Zweitvisite und die anderen Leistungen aus Kapitel B berechnet werden.</i> <i>Wird mehr als eine Visite an demselben Kalendertag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 201 berechnet werden.</i>	9,00 €
202	Besuch eines Patienten in seiner häuslichen Umgebung	45,00 €
203	Besuch eines weiteren Patienten in derselben Wohnung oder auf derselben Pflegestation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach Nummer 202	18,41 €
204	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 202 oder 203 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 204 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.</i>	73,65 €
205	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung, ggf. einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 205 ist neben der Leistung nach Nummer 206 oder 207 nicht berechnungsfähig.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
206	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen wegen Erkrankung erforderlich, je vollendete 15 Minuten <i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn es durch die im Patienten begründete Behandlungssituation geboten war, dass der Arzt die geforderte Zeitdauer beim Patienten verweilte und während der gesamten Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en), auch nicht am anderen Patienten, erbrachte.</i> <i>Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</i>	25,00 €
207	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt <i>Die Leistung nach Nummer 207 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung im persönlichen Kontakt mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.</i> <i>Bei akut lebensbedrohlicher Situation oder bei pathologischen, mikrobiologischen und/oder labormedizinischen Fragestellungen ist der persönliche Kontakt des konsiliarisch hinzugezogenen Arztes mit dem Patienten nicht erforderlich.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 207 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 207 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer sonstigen Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind; sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe) sowie für routinemäßige Besprechungen zwischen Operateur und Pathologen und/oder Anästhesisten.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 207 ist für Besprechungen zwischen Operateur und Pathologe und/oder Anästhesisten nur dann berechnungsfähig, wenn sie länger als 10 Minuten andauert und sie nicht im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation erfolgt.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 207 ist neben der Leistung nach Nummer 208 oder 13513 nicht berechnungsfähig.</i>	25,34 €
208	Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Konferenz, auch Videokonferenz, zur Diagnosefindung und/oder zur Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts, einschließlich der Dokumentation des Ergebnisses in einem Behandlungsplan <i>Unabhängig von der Zahl der teilnehmenden Ärzte kann die Leistung nach Nummer 208 je Patient von einem behandelnden Arzt jeder an der Konferenz teilnehmenden Fachrichtung berechnet werden.</i> <i>Der dokumentierte Beitrag anderer an der Konferenz teilnehmenden Ärzte ist bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Nummer 208 getrennt berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 208 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer sonstigen Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind; sie ist zudem nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe) sowie für Besprechungen zwischen Operateur und Pathologen und/oder Anästhesisten.</i> <i>Die Leistung ist nur bei einer Mindestanzahl von drei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 208 ist für die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Kalendermonats nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 208 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die teilnehmenden Fachgruppen der interdisziplinären Konferenz sind in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist dem Patienten ein Auszug aus dem Protokoll der Fallkonferenz mit den Namen der teilnehmenden Ärzte vorzulegen.</i>	30,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
209	Ärztliche telekonsiliarische Befundbeurteilung im Rahmen bildgebender Verfahren (z.B. CT-, MRT-, Röntgenaufnahmen, Videoendoskopie) und/oder histologischer Befundungen (z.B. Schnittdiagnostik, Ausstrich) (Telekonsil)	33,98 €
	<i>Die Leistung nach Nummer 209 ist nicht für die routinemäßige Befundbeurteilung innerhalb einer organisatorischen Einheit oder Praxis berechnungsfähig.</i>	
210	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts B III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 20,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	10,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 212 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 210 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 210 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 210 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	
	<i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	
211	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts B III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 20,00 EUR bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	20,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 212 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 211 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 211 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 211 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	
	<i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	
212	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts B III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	30,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 212 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 212 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 212 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i>	
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 212 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	
	<i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	

IV. Berichte, Briefe

01.04

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
300	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ggf. einschließlich elektronische Übersendung nach Einwilligung des Patienten <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>	6,47 €
301	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht oder ausführliche Bescheinigung, z.B. fachärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsbericht oder vorläufiger Entlassungsbericht <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>	15,18 €
302	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese und zu dem bzw. den Befund(en) sowie einer daraus abgeleiteten epikritischen Bewertung und Therapieempfehlung, z.B. ausführlicher Entlassungsbericht <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>	30,17 €
303	Ausführlicher Arztbrief an den Patienten, der auf dessen Verlangen erstellt wurde, innerhalb von sieben Tagen nach dem Zeitpunkt des Verlangens, mit Angabe der Diagnose(n), der Anamnese, wesentlicher erhobener klinischer und technischer Befunde, der Behandlung(en), einschließlich einer konkreten, für den Patienten verständlichen Therapieempfehlung <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>	30,17 €
304	Individueller ernährungsmedizinischer und/oder differenzierter diabetologischer Therapieplan und/oder schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte <i>Die Leistung nach Nummer 304 ist im Kalenderhalbjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	30,20 €
305	Behandlungsplan für eine medikamentöse Tumorthherapie oder für eine spezifische immunsuppressive Behandlung und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt <i>Die Leistung nach Nummer 305 ist in drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig. Eine mehr als einmalige Berechnung innerhalb von drei Kalendermonaten ist nur zulässig, wenn andere tumorspezifische oder immunsuppressive Medikamente zum Einsatz kommen. Bei mehr als einmaliger Berechnung innerhalb von drei Kalendermonaten ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	50,00 €
306	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	22,67 €
307	Schriftliche gutachtliche Äußerung <i>Die Leistung nach Nummer 307 ist nur auf schriftliche Anforderung hin berechnungsfähig. Die Dauer der Leistungserbringung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	43,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
308	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand, ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, je vollendete 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 308 ist nur berechnungsfähig, wenn sie auf schriftliche Anforderung erbracht wird.</i> <i>Die Dauer der Leistungserbringung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	65,08 €
309	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand, ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, bis zu 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 309 ist nur im Anschluss an die Nummer 308 berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 309 ist nur berechnungsfähig, wenn sie auf schriftliche Anforderung erbracht wird.</i> <i>Die Dauer der Leistungserbringung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	19,72 €
310	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Normseite <i>Die Schreibgebühr ist nur neben der Leistung nach Nummer 306, 307, 308 oder 309 berechnungsfähig.</i>	4,66 €
311	Kopiergebühr, je Kopie <i>Die Kopiergebühr ist nur neben der Leistung nach Nummer 306, 307, 308 oder 309 berechnungsfähig.</i>	0,20 €

V. Todesfeststellung**01.05****Allgemeine Bestimmungen**

1. Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach Nummer 400 bis 409 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 und gegebenenfalls Zuschläge nach Abschnitt B VI berechnen.
2. Neben der Leistung nach Nummer 400 sind die Leistungen nach Nummer 202 oder 203 nicht berechnungsfähig.
3. Neben der Leistung nach Nummer 400 sind die Leistungen nach Nummer 401 oder 403 berechnungsfähig. Die Leistungen nach Nummer 401 und 403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
400	Aufsuchen zur Prüfung von Todeszeichen	55,24 €
401	Vorläufige Leichenschau mit Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung, gemäß landesrechtlicher Bestimmungen	55,24 €
402	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 401 zur vorläufigen Leichenschau bei unbekannter Leiche und/oder besonderen Todesumständen	27,62 €
403	Leichenschau und eingehende Untersuchung eines Toten sowie Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache, gemäß landesrechtlicher Bestimmungen	110,48 €
404	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 403 zur Leichenschau bei unbekannter Leiche und/oder besonderen Todesumständen	27,62 €
405	Beratung von Angehörigen oder Bezugspersonen im Zusammenhang mit einer vorläufigen oder eingehenden Leichenschau	27,62 €
406	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	22,10 €
407	Bulbusentnahme bei einem Toten	68,38 €
408	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	78,14 €
409	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	36,83 €

VI. Zuschläge

01.06

Allgemeine Bestimmungen

- 1. Die Zuschläge nach Nummer 500 bis 504 sind im Zusammenhang mit Besuchs-, Beratungs-, Gesprächs-, Schulungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen des Kapitels B sowie mit Leistungen des Abschnitts B V einmal je Sitzung berechnungsfähig.
- 2. Die Zuschläge nach Nummer 500 bis 504 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach Nummer 500 bis 503 neben der Leistung nach Nummer 203 nur mit halbem Gebührensatz berechnungsfähig.
- 3. Im Zusammenhang mit Leistungen nach Nummer 200 bis 207 und 400 bis 409 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden.
- 4. Die Zuschläge nach Nummer 501, 502 oder 503 dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Absatz 2a, 2b oder 2c erbracht.
- 5. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrunde liegende Leistung aufzuführen. Die Uhrzeit der Behandlung ist in der Rechnung aufzuführen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
500	Zuschlag für dringend angeforderte Besuche aus der laufenden Sprechstunde und unverzüglich erfolgte Ausführung <i>Der Zuschlag nach Nummer 500 ist nur neben der Leistung nach Nummer 202 oder 203 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.</i>	25,00 €
501	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nummer 501 ist nur neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 202, 203, 205, 206 oder 207 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 501 ist neben der Leistung nach Nummer 502, 200 oder 201 nicht berechnungsfähig.</i>	20,00 €
502	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nummer 502 ist nur neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 202, 203, 205, 206 oder 207 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 502 ist neben der Leistung nach Nummer 501, 200 oder 201 nicht berechnungsfähig.</i>	40,00 €
503	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen, Silvester oder Heilig Abend erbrachte Leistungen <i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Nummer 503 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i> <i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Nummer 503 ein Zuschlag nach Nummer 501 oder 502 berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 503 ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
504	Zuschlag zu der Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Kalendertag	10,00 €

Vertraulich

Kapitel C

Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Vertraulich

I. Anlegen von Verbänden**02.01****Allgemeine Bestimmungen**

1. Unter härtende Verbände fallen auch Gipsverbände.
2. Als Konfektionsware im Sinne des Abschnitts C I gelten auch Schienenverbände, Orthesen, Korsetts oder Bandagen, die durch eine dritte Person (z.B. Orthopädietechniker) individuell angefertigt wurden.
3. Die Leistungen des Abschnitts C I beinhalten Prüfung und ggf. Einstellung betroffener Verbände, Schienen und Vorrichtungen, Instruktion des Patienten und situationsgerechte Lagerung.
4. Das Entfernen von Verbänden, Schienen oder härtenden Verbänden ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistungen des Abschnitts C I dies ausdrücklich zulassen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
600	Verband (ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Pflaster, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher), ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa und Wundauflagen <i>Die Leistung nach Nummer 600 ist neben einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion nicht berechnungsfähig.</i>	9,00 €
601	Tape-Verband kleiner Gelenke oder des Rumpfes, individuell angefertigt, auch unter Einschluss der benachbarten Finger oder Zehen, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 601 ist einmal je Gelenk oder je Sitzung berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	12,44 €
602	Tape-Verband großer Gelenke (Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk), individuell angefertigt, ggf. einschließlich - Tape-Verband distaler kleiner Gelenke und/oder Phalangen - Zinkleimverband - Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 602 ist einmal je Gelenk berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	16,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
603	Tape-Verband zur Entlastung von weichteiligen Strukturen, wie z.B. Sehnenspiegel, Haut-, Unterhautgewebe, ggf. einschließlich - Tape-Verband distaler kleiner Gelenke und/oder Phalangen - Zinkleimverband - Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 603 ist einmal je Körperregion berechnungsfähig.</i>	16,14 €
604	Gewickelter zirkulärer Verband oder stabilisierender Verband des Kopfes oder des Rumpfes, ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa - Wundauflagen - Wundverband und/oder Wundpflaster	16,04 €
605	Gewickelter zirkulärer Verband oder stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks (auch Rucksackverband) oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, auch als Kompressionsverband, ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa - Wundauflagen - Wundverband und/oder Wundpflaster	18,00 €
606	Kompressionsverband unter Einschluss von kleinen Gelenken (z.B. Finger), ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa - Wundauflagen - Wundpflaster	11,13 €
607	Kompressionsverband unter Einschluss von großen Gelenken (z.B. Knie/Hüfte), ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa - Wundauflagen - Wundpflaster	16,00 €
608	Kompressionsverband, z.B. nach Bisgaard, Braun-Falco, Fischer, Gibney, Pütter, Sigg., am Unterschenkel bei Ulcus cruris bzw. chronisch venöser Insuffizienz	18,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
609	Nicht konfektionierter und nicht härtender kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen	10,58 €
610	Wiederanlage eines nicht konfektionierten und nicht härtenden kleinen Schienenverbands, ggf. einschließlich Veränderung bzw. Anpassung der Schienen	6,79 €
611	Nicht konfektionierter und nicht härtender, großer Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenk), individuell angefertigt und modelliert, auch als Notverband bei Frakturen, auch als Abduktionsschienenverband	24,64 €
612	Wiederanlage eines nicht konfektionierten Abduktionsschienenverbands oder eines großen, nicht konfektionierten und nicht härtenden Schienenverbands mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenk), ggf. einschließlich Veränderung bzw. Anpassung der Schienen	13,12 €
613	Nicht konfektionierter Abduktionsschienenverband an Bein und Becken oder Schulter und Arm, individuell angefertigt und modelliert, auch mit Stärke oder Gipsfixation, ggf. einschließlich - Verwendung von härtenden Materialien - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	24,64 €
614	Anlegen eines konfektionierten Fertigverbands zur Ruhigstellung von großen Gelenken oder der Halswirbelsäule (z.B. Rucksack-, Desault-, Gilchrist-, Schanz-Verband)	13,42 €
615	Anlegen von Konfektionsware oder von individuell angefertigten Orthesen, Halskrawatte (z.B. nach Schanz), Entlastungsschuh, Bandage, Orthese, Brace oder Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen, ggf. einschließlich - Abduktionsvorrichtung (z.B. Abduktionskissen) - Messungen und Ermittlung der korrekten Größe - Hautabdeckung - Polsterung - Einstellung	15,72 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
616	Anlegen von Konfektionsware oder von individuell angefertigten Orthesen mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenk), Bandage (z.B. nach Gilchrist oder Desault), Orthese oder Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen der Extremitäten, ggf. einschließlich - Abduktionsvorrichtung - Messungen und Ermittlung der korrekten Größe - Hautabdeckung - Polsterung - Einstellung	19,33 €
617	Anlegen von Konfektionsware oder von individuell angefertigten Orthesen oder Korsetts zur Stabilisierung der Wirbelsäule, ggf. einschließlich - Messungen und Ermittlung der korrekten Größe - Hautabdeckung - Polsterung - Einstellung	23,15 €
618	Gipsfingerling oder Nasengips bzw. härtender, nicht konfektionierter Finger- oder Nasenverband, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	17,68 €
619	Gipsschienenverband oder Gipspantoffel bzw. nicht konfektionierter, härtender Schienenverband eines großen und/oder mehrerer kleiner Gelenke, individuell angefertigt und modelliert (z.B. Hand mit Handgelenk und Unterarm oder Fuß mindestens mit den unteren Sprunggelenken), ggf. einschließlich Hautabdeckung und Polsterung	30,91 €
620	Wiederanlage eines Gipsschienenverbands oder Gipspantoffels bzw. eines nicht konfektionierten, härtenden Schienenverbands eines großen und/oder mehrerer kleiner Gelenke individuell angefertigt und modelliert (z.B. Hand mit Handgelenk und Unterarm oder Fuß mindestens mit den unteren Sprunggelenken), ggf. einschließlich Hautabdeckung und Polsterung	15,81 €
621	Anlage einer Nagel- oder Drahtextension für einen Streckverband	81,18 €
622	Anlegen eines Streckverbands, einschließlich Lagerung und Lagerungskontrolle <i>Die Leistung nach Nummer 622 ist neben der Leistung nach Nummer 4213, 4214, 8555 oder 8556 nicht berechnungsfähig.</i>	49,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
623	Großer nicht konfektionierter, härtender Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk), individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich Hautabdeckung und Polsterung	36,04 €
624	Wiederanlage eines großen härtenden Verbands mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk), ggf. einschließlich - Entfernen des Verbands - Gipsschienenkorrektur	19,45 €
625	Zirkulärer härtender Verband, auch als Tutor, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	37,63 €
626	Zirkulärer Gehgipsverband bzw. härtender Verband des Unterschenkels mit Fußeneinschluss, ggf. als Gipstutor, individuell angefertigt und modelliert, einschließlich Befestigung bzw. Einarbeitung z.B. eines Gehstollens oder einer Abrollsohle, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	37,63 €
627	Zirkulärer härtender Verband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk), individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	46,73 €
628	Zirkulärer härtender Verband an Kopf und Hals auch mit Kopf-/Schulter-/Oberarmabstützungen, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung <i>Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	102,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
629	Zirkulärer härtender Verband des Rumpfes als Korsett, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung <i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	102,30 €
630	Härtender Verband für Schultergürtel mit Arm(en) oder Beckengürtel mit Bein(en), individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Abduktionsvorrichtung - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	102,30 €
631	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf als Bett-Liegeschale, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Abduktionsvorrichtung - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	83,10 €
632	Gipshülse oder härtender Verband mit Gelenkschienen und/oder zusätzliche Einarbeitung einer Dynamisierungsvorrichtung (z.B. Gummizügel nach Kleinert) in einen Gipsverband bzw. nicht konfektionierten, härtenden Verband, individuell angepasst und modelliert, ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Befestigung von Ösen und Gummizügen oder anderen Teilen, die eine Beweglichkeit ermöglichen <i>Die Leistung nach Nummer 632 ist je Verband einmal berechnungsfähig.</i>	79,85 €
633	Abnahme und Entfernung eines zirkulären Gipsverbands oder härtenden Verbands, auch unter Verwendung einer Säge	23,51 €
634	Fensterung und/oder Spaltung und/oder Schieneneinsetzung und/oder Anlegen eines Gehbügels, Gehstollens oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Kalendertag angelegten, zirkulären Gipsverband oder härtenden Verband, auch mit Stellungskorrektur durch Keilung und/oder Schalung unter Verwendung einer Säge <i>Die Leistung nach Nummer 634 ist je Verband einmal berechnungsfähig.</i>	16,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
635	Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) großer Gelenke (Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk), individuell angefertigt, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 635 ist je Gelenk einmal berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	16,14 €
636	Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) zur Entlastung von weichteiligen Strukturen, wie z.B. Sehnen Spiegel, Haut-, Unterhautgewebe, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 636 ist je Körperregion einmal berechnungsfähig.</i>	16,14 €
637	Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) kleiner Gelenke, individuell angefertigt, auch unter Einschluss der benachbarten Finger oder Zehen, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 637 ist je Gelenk einmal berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	16,14 €
638	Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) des Rumpfes, individuell angefertigt, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 638 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	16,14 €
639	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 20,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 639, 640 oder 641 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 639 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 639 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 639 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
640	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 20,00 EUR bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	20,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 639, 640 oder 641 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 640 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 640 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 640 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	
641	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	30,00 €
	<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 639, 640 oder 641 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 641 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 641 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 641 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen

02.02

Allgemeine Bestimmungen

- 1. Die Leistungen nach Nummer 703, 705, 706, 708, 709, 711, 713, 714 oder 716 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.
- 2. Die Leistungen nach Nummer 704, 710, 744, 751, 758, 760, 765, 773, 777, 780 oder 781 sind jeweils einmal je Kalendertag berechnungsfähig.
- 3. Die Leistungen nach Nummer 743, 746 oder 753 sind je Gefäßzugang einmal, jedoch nicht mehr als zweimal je Kalendertag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach Nummer 743, 746 oder 753 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße sowie deren Dokumentation in der Rechnung voraus.
- 4. Die Leistungen nach Nummer 743, 746 und/oder 753 sind während eines Kalendertages nebeneinander berechnungsfähig, sofern mehrere Infusionsleistungen zeitlich getrennt oder über unterschiedliche Gefäßzugänge erbracht werden. Eine Dokumentation in der Rechnung ist erforderlich.
- 5. Sofern während eines Kalendertages bei liegendem Gefäßzugang mehrere Infusionsleistungen nach Nummer 743, 746 und/oder 753 im zeitlichen Zusammenhang nacheinander erbracht werden, ist nur die jeweils am höchsten bewertete Leistung berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
700	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene (auch mittels eines liegenden venösen Zugangs), ggf. einschließlich - erforderlicher Venenpunktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung	5,29 €
701	Kapillarblutentnahme, auch zur Blutgasanalyse, einschließlich Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung	5,01 €
702	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie (auch mittels eines liegenden arteriellen Zugangs), ggf. einschließlich Versorgung der Punktionsstelle inklusive Anlage eines Kompressionsverbands, je Sitzung	11,65 €
703	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär, einschließlich der zur Injektion erforderlichen Punktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 703 ist neben der Leistung nach Nummer 705, 706, 708 oder 727 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 703 ist neben der Leistung nach Nummer 728 oder 729 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	9,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
704	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 703 für die Applikation von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, durch die notwendige besondere Sorgfalt bei der Vorbereitung und Durchführung der Leistung einschließlich der Nachbeobachtung (z.B. Vorbereitung der Arzneimittel, exakte Punktion, Nachschau)	22,35 €
705	Therapeutische Injektion(en) von Botulinum-Toxin, z.B. zur Behandlung zentral-motorischer Störungen, einer Hyperhidrosis, einer peripheren Tendopathie, eines Torticollis oder eines Blepharospasmus, einschließlich Versorgung der Punktionsstelle(n) (Verband o.ä.), je Indikation, je Seite <i>Der Muskel ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 705 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 708, 727, 728 oder 729 nicht berechnungsfähig.</i>	90,08 €
706	Injektion(en) von Botulinum-Toxin zur kosmetischen Behandlung, einschließlich Versorgung der Punktionsstelle(n) (Verband o.ä.), je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 706 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 727, 728 oder 729 nicht berechnungsfähig.</i>	80,00 €
707	Behandlung von Krampfadern durch Verödung mittels Injektion, ggf. einschließlich Schaumsklerosierung, je Extremität und je Sitzung	48,41 €
708	Injektion in Harn- oder Geschlechtsorgane, einschließlich der zur Injektion erforderlichen Punktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 708 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 705, 727, 728 oder 729 nicht berechnungsfähig.</i>	22,05 €
709	Injektion, intravenös, einschließlich Venenpunktion, sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung	13,62 €
710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 709 für Applikation von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, durch die notwendige besondere Sorgfalt bei der Vorbereitung und Durchführung der Leistung einschließlich der Nachbeobachtung (z.B. Vorbereitung der Arzneimittel, exakte Punktion, Nachschau)	22,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
711	Injektion, intraarteriell, einschließlich Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Kompressionsverband, je Sitzung	16,41 €
712	Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie	11,42 €
713	Injektion, intraartikulär (in ein Gelenk), einschließlich Punktion zur Lagekontrolle sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Kompressionsverband, je Gelenk <i>Die Leistung nach Nummer 713 ist neben der Leistung nach Nummer 900, 901 oder 902 nicht berechnungsfähig.</i>	21,35 €
714	Injektion in den Periduralraum, einschließlich der erforderlichen Punktion des Periduralraumes sowie Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband, je Punktionsort <i>Die Leistung nach Nummer 714 ist neben der Leistung nach Nummer 1716, 1717, 1718, 1719 oder 1726 nicht berechnungsfähig.</i>	35,00 €
715	Injektion in den Subarachnoidalraum, einschließlich der erforderlichen Punktion des Subarachnoidalraumes sowie Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband, je Punktionsort	35,00 €
716	Injektion, intraaortal oder intrakardial, ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter, einschließlich der vorangehenden Punktion der Aorta, sowie Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband, je Punktionsort	49,83 €
717	Legen eines Periduralkatheters in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs	68,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
718	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters, einschließlich der erforderlichen Gefäßpunktion und der Fixation, ggf. einschließlich Infiltrationsanästhesie(n)	74,38 €
719	Messung(en) des zentralen Venendrucks, soweit nicht in anderen Leistungen enthalten	13,10 €
720	Messung(en) des arteriellen Drucks, soweit nicht in Komplexleistungen enthalten <i>Die Leistung nach Nummer 720 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	13,10 €
721	Injektion von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter <i>Wird die Leistung nach Nummer 721 im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 721 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 721 ist neben der Gabe von Medikamenten über einen eingebrachten Diagnostik-Katheter nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 721 ist bei Gabe von mehreren Arzneimitteln in zeitlichem Zusammenhang nur einmal berechnungsfähig.</i>	5,20 €
722	Chemische Synoviorthese eines Gelenks	25,81 €
723	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n), einschließlich Gefäßpunktion und Kathetereinbringung bzw. -platzierung sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Kompressionsverband, je Sitzung	66,41 €
724	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	18,10 €
725	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports oder nicht intraoperative Spülung einer liegenden Drainage, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 725 ist neben der Leistung nach Nummer 784, 9810 oder 9812 nicht berechnungsfähig.</i>	10,35 €
726	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 7400 nicht berechnungsfähig.</i>	12,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
727	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 727 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 705, 706 oder 708 nicht berechnungsfähig.</i>	13,48 €
728	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 728 ist neben der Leistung nach Nummer 705, 706, 708 oder 727 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 728 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 1738, 1739, 1803 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i> <i>Periradikuläre Therapien sind über die entsprechenden Gebührennummern des Abschnitts D II oder O I berechnungsfähig.</i>	18,21 €
729	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 729 ist neben der Leistung nach Nummer 705, 706, 708, 727 oder 728 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 729 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 1738, 1739, 1803 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	29,89 €
730	Akupunktur (Nadelstich-Technik), Dauer bis zu 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 730 ist neben der Leistung nach Nummer 732, 734, 735 oder 736 nicht berechnungsfähig.</i>	18,55 €
731	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 730 für eine elektrische Stimulationsakupunktur, je Sitzung	5,55 €
732	Akupunktur (Nadelstich-Technik), Dauer mehr als 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 732 ist neben der Leistung nach Nummer 730, 734, 735, 736 oder 737 nicht berechnungsfähig.</i>	42,90 €
733	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 732 für eine elektrische Stimulationsakupunktur	7,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
734	Akupunktur (Nadelstich-Technik), durch vermehrten Aufwand des Arztes am Patienten, z.B. aufgrund von laufender Überprüfung des Therapieerfolgs in Anwesenheit des Arztes bei schweren Akuterkrankungen, Therapie muskulärer Triggerpunkte in geringem Umfang, chronifizierter Schmerz Erkrankung (mindestens Chronifizierungsgrad 2 nach Gerbershagen) mit Notwendigkeit verschiedener Stimulationsverfahren und/oder Anwendung verschiedener Akupunktursysteme, erschwerter Punktfindung durch Reaktionsschwäche, je Sitzung, Dauer mehr als 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 734 ist neben der Leistung nach Nummer 730, 732, 735, 736 oder 737 nicht berechnungsfähig. Die Behandlungsdauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	50,46 €
735	Akupunktur (Nadelstich-Technik), durch vermehrten Aufwand des Arztes am Patienten, z.B. aufgrund von laufender Überprüfung des Therapieerfolgs in Anwesenheit des Arztes bei schweren Akuterkrankungen, Therapie muskulärer Triggerpunkte in erheblichem Umfang, chronifizierter Schmerz Erkrankung (mindestens Chronifizierungsgrad 2 nach Gerbershagen) mit Notwendigkeit verschiedener Stimulationsverfahren und/oder Anwendung verschiedener Akupunktursysteme, erschwerter Punktfindung durch Reaktionsschwäche, je Sitzung, Dauer mehr als 40 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 735 ist neben der Leistung nach Nummer 730, 732, 734, 736 oder 737 nicht berechnungsfähig. Die Behandlungsdauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	66,47 €
736	Softlaseranwendungen an Punkten der Körperoberfläche nach Regeln der Akupunktur, Dauer bis zu 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 736 ist neben der Leistung nach Nummer 730, 732, 734, 735 oder 737 nicht berechnungsfähig.</i>	19,16 €
737	Softlaseranwendungen an Punkten der Körperoberfläche nach Regeln der Akupunktur, Dauer mehr als 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 737 ist neben der Leistung nach Nummer 730, 732, 734, 735 oder 736 nicht berechnungsfähig.</i>	44,40 €
738	Behandlung durch Moxibustion, Dauer bis zu 20 Minuten	17,03 €
739	Behandlung durch Moxibustion, Dauer mehr als 20 Minuten	37,02 €
740	Infusion, subkutan, einschließlich Punktion des Infusionsortes	13,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
741	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 740 für Infusion von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen durch die notwendige besondere Sorgfalt bei der Vorbereitung und Durchführung der Leistung, einschließlich der Nachbeobachtung (z.B. Vorbereitung der Arzneimittel, exakte Punktion, Nachschau)	27,49 €
742	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 740 für Infusion von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen durch die notwendige besondere Sorgfalt bei der Vorbereitung und Durchführung der Leistung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich der Nachbeobachtung (z.B. Vorbereitung der Arzneimittel, exakte Punktion, Nachschau) <i>Der Zuschlag nach Nummer 742 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 741, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	32,61 €
743	Infusion, intravenös, einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, Dauer bis zu 30 Minuten	15,12 €
744	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 743 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	56,56 €
745	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 743 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation <i>Der Zuschlag nach Nummer 745 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 744, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	65,98 €
746	Infusion, intravenös, einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Erstellung eines Infusionsplans, Dauer je vollendete 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 746, 747 oder 748 ist nur bis zu einer Gesamtdauer von unter 120 Minuten berechnungsfähig.</i>	17,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
747	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für intravenöse Infusion, je angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 747 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	1,70 €
748	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für intravenöse Infusion, je weitere vollendete 30 Minuten	4,63 €
749	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 749 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 749 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 747, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	2,00 €
750	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je weitere vollendete 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 750 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 748, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	6,55 €
751	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	60,61 €
752	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 746 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 752 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 751, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	70,91 €
753	Infusion, intravenös, einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Erstellung eines Infusionsplans, Infusionsdauer 120 Minuten	30,98 €
754	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für intravenöse Infusion, je angefangene 60 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 754 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	3,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
755	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für intravenöse Infusion, je weitere vollendete 60 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 755 ist bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	8,80 €
756	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je angefangene 60 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 756 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 756 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 754, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	3,99 €
757	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je weitere vollendete 60 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 757 ist bis zu viermal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 757 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 755, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	12,45 €
758	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für eine intravenöse Dauerinfusion bei einer Infusionsdauer von mehr als 360 Minuten, einschließlich Bilanzierung und Infusionsplan, ggf. einschließlich - Neuanlage eines venösen Zuganges und Entfernen der Infusion bzw. des Venenzugangs - Anlage eines (Kompressions-)Verbands <i>Der Zuschlag nach Nummer 758 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 758 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 758 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 754 oder 755 nicht berechnungsfähig.</i>	44,07 €
759	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für eine intravenöse Dauerinfusion bei einer Infusionsdauer von mehr als 360 Minuten bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich Bilanzierung und Infusionsplan, ggf. einschließlich - Neuanlage eines venösen Zuganges und Entfernen der Infusion bzw. des Venenzugangs - Anlage eines (Kompressions-)Verbands <i>Der Zuschlag nach Nummer 759 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 759 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 759 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 756, 757, 758, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	51,51 €
760	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für Infusion von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	69,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
761	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 753 für Infusion von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation <i>Der Zuschlag nach Nummer 761 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 760, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	81,89 €
762	Infusion, intraarteriell, Infusionsdauer bis einschließlich 30 Minuten, einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-) Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie	17,64 €
763	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 762 für eine Behandlungsdauer von mehr als 30 Minuten	26,23 €
764	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 762 für eine Behandlungsdauer von mehr als 30 Minuten bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 764 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 763, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	30,76 €
765	Infusion in das Knochenmark, einschließlich - Knochenmarkpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 765 ist neben der Leistung nach Nummer 916 nicht berechnungsfähig.</i>	43,01 €
766	Transfusion eines Erythrozytenkonzentrats oder eines Blutbestandteilpräparats, Durchführung gemäß der Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer, einschließlich erforderlicher ABO Identitätstests beim Empfänger (bedside-test) unmittelbar vor der Transfusion, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 766 ist für die Infusion von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, nicht berechnungsfähig. Bei Transfusionen von Immunglobulinen ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	51,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
767	Transfusion eines Erythrozytenkonzentrats oder eines Blutbestandteilpräparats, Durchführung gemäß der Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer, einschließlich erforderlicher AB0 Identitätstests beim Empfänger (bedside-test) unmittelbar vor der Transfusion, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie, Dauer mindestens 60 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 767 ist für die Infusion von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, nicht berechnungsfähig. Bei Transfusionen von Immunglobulinen ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	85,45 €
768	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 766 oder 767 für die Transfusion jedes weiteren Erythrozytenkonzentrats oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats (Blutkomponente, Plasmaderivat), je Transfusionseinheit <i>Der Zuschlag nach Nummer 768 ist für die Infusion von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, nicht berechnungsfähig. Bei Transfusionen von Immunglobulinen ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	31,18 €
769	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 766 oder 767 für die Transfusion jedes weiteren Erythrozytenkonzentrats oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats (Blutkomponente, Plasmaderivat) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Transfusionseinheit <i>Der Zuschlag nach Nummer 769 ist für die Infusion von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, nicht berechnungsfähig. Bei Transfusionen von Immunglobulinen ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben. Der Zuschlag nach Nummer 769 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 768, 787, 788 oder 789 nicht berechnungsfähig.</i>	44,37 €
770	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 766 oder 767 für die Bereitstellung von patientenspezifisch ausgewählten Blutkomponenten (z.B. HLA-, HNA-, HPA-System)	31,75 €
771	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 766 oder 767 bei einem Neugeborenen, einschließlich Anlage eines Nabelvenenkatheters <i>Der Zuschlag nach Nummer 771 ist neben der Leistung nach Nummer 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	37,14 €
772	Radioaktive Bestrahlung von Blutkomponenten zur Transfusion	24,51 €
773	Transfusion von Stammzellkonzentraten	131,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
774	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikal Aortenkatheters, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Anlage des Katheters - Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	74,38 €
775	Eigenbluteinspritzung, einschließlich vorheriger Blutentnahme, ggf. Aufbereitung des Blutes und/oder Zugabe von Medikamenten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 775 ist neben der Leistung nach Nummer 1730 nicht berechnungsfähig.</i>	22,21 €
776	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 775 für erhöhten Aufwand bei besonderer technisch-apparativer Aufbereitung <i>Der Zuschlag nach Nummer 776 ist neben der Leistung nach Nummer 1730 nicht berechnungsfähig.</i>	11,21 €
777	Therapeutischer Aderlass aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 400 ml Blut, einschließlich Gefäßpunktion, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband	28,40 €
778	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 ml) Eigenblut oder Eigenplasma, einschließlich Identitätssicherung im AB0-System, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband	52,86 €
779	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 778 für jede weitere Einheit (mindestens 200 ml) Eigenblut oder Eigenplasma, einschließlich Identitätssicherung im AB0-System	18,68 €
780	Blutaustauschtransfusion mit Entnahme von mindestens 40 ml Eigenblut pro Kilogramm Körpergewicht, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	108,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
781	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 ml) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve, ggf. einschließlich - Konservierung - Gefäßpunktion - Blutsperre - Legen sowie Entfernen des Zuganges - fallweise erforderlicher Volumensubstitution - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	48,78 €
782	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 ml) zur späteren Retransfusion, einschließlich - Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserven - Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C - Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 °C oder darunter, ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Blutsperre - Legen sowie Entfernen des Zuganges - fallweise erforderlicher Volumensubstitution - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	96,81 €
783	Infiltration gewebehärtender Mittel, je Sitzung	18,35 €
784	Einbringen von Medikamententrägern in das Subkutangewebe beziehungsweise eines subkutanen Medikamentenreservoirs, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Lagekontrolle - (Kompressions-)Verband, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 784 ist neben der Leistung nach Nummer 725 nicht berechnungsfähig.</i>	23,70 €
785	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung, ggf. einschließlich Fixierung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 785 ist für die Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial von derselben Körperstelle nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 785 ist neben der Leistung nach Nummer 111 nicht berechnungsfähig.</i>	9,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
786	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung, ggf. einschließlich Fixierung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 786 ist für die Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial von derselben Körperstelle nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	9,65 €
787	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 20,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 787, 788 oder 789 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 787 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 787 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 787 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,00 €
788	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 20,00 EUR bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 787, 788 oder 789 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 788 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 788 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 788 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
789	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 787, 788 oder 789 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 789 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 789 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 789 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	30,00 €
790	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene bei einem Kind bis zum vollendetem 8. Lebensjahr (auch mittels eines liegenden venösen Zugangs), ggf. einschließlich - erforderlicher Venenpunktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung	17,47 €

III. Punktionen

02.03

Allgemeine Bestimmungen

- 1. Werden in einer Sitzung mehrere Punktionen, auch Punktionsversuche, desselben Organs, Gelenks, derselben Struktur oder Region durchgeführt, so ist die Punktionsleistung sowie die gegebenenfalls zusätzlich berechenbare Zuschlagsleistung nur einmal berechnungsfähig. Bei paarigen Organen und der Punktion beider Organe (wie z.B. Niere, Eierstöcke, Hoden, usw.) ist die Punktionsleistung zweimal berechnungsfähig.
- 2. Leistungen für Punktionen und Biopsien des Abschnitts C III sind neben der Berechnung von Operations- und Anästhesieleistungen während der Dauer der Operation nur dann berechnungsfähig, wenn die Punktionen außerhalb des eigentlichen OP-Gebietes erfolgen und nicht der Einbringung von OP-Instrumenten oder der Durchführung der Lokal- oder Regionalanästhesie dienen.
- 3. Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören auch die damit in Zusammenhang stehenden Injektionen, Stichkanalanästhesien, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z.B. von Blut, Liquor, Gewebe.
- 4. Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese kann für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern die Blutstillung aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit so aufwendig ist, dass die Interventions- bzw. Schnitt-Naht-Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles, wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen. Die medizinische Indikation und der Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung der Blutstillung müssen in der Rechnung angegeben werden.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
900	Punktion eines der folgenden kleinen Gelenke: Grund-, Mittel- oder Endgelenk der Finger oder Zehen, Kiefergelenk, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Gelenk <i>Die Leistung nach Nummer 900 ist neben der Leistung nach Nummer 713 nicht berechnungsfähig.</i>	27,49 €
901	Punktion eines der folgenden großen Gelenke: Ellbogengelenk, Handgelenk, Fußgelenk/Sprunggelenk, Kniegelenk, Wirbelgelenk, Schultergelenk, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Gelenk <i>Die Leistung nach Nummer 901 ist neben der Leistung nach Nummer 713 nicht berechnungsfähig.</i>	34,56 €
902	Punktion eines Hüftgelenks, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, <i>Die Leistung nach Nummer 902 ist neben der Leistung nach Nummer 713 nicht berechnungsfähig.</i>	38,12 €
903	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Zyste, Hämatoms, Abszesses oder oberflächiger Körperteile <i>Die Leistung nach Nummer 903 ist neben sonstigen Punktionsleistungen aus Abschnitt C III für identische Punktionsorte nicht berechnungsfähig.</i>	20,43 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
904	Punktion einer Augenhöhle	30,41 €
905	Lumbale oder subokzipitale Punktion der Liquorräume	76,68 €
906	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 905 für intrathekale Injektion	11,78 €
907	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 905 für intrathekale Injektion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 907 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 906, 929, 930 oder 931 nicht berechnungsfähig.</i>	13,78 €
908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 905 für Messungen des Liquordrucks <i>Der Zuschlag nach Nummer 908 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 908 ist neben der Leistung nach Nummer 8333 nicht berechnungsfähig.</i>	18,84 €
909	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	76,68 €
910	Punktion der Lunge, auch Abszess- oder Kavernenpunktion in der Lunge, oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	102,78 €
911	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle, ggf. einschließlich Entnahme von bis zu 500 ml Ergussflüssigkeit	38,34 €
912	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 911 für Entlastungspunktion mit Entnahme von mehr als 500 ml Ergussflüssigkeit bei Erwachsenen, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr von mehr als 10 ml pro Kilogramm Körpergewicht <i>Der Zuschlag nach Nummer 912 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 929, 930 oder 931 nicht berechnungsfähig.</i>	30,99 €
913	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 911 für das Anlegen einer Pleuradrainage, je Drainage	30,99 €
914	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 911 für Pleurabiopsie	20,66 €
915	Punktion des Herzbeutels	74,96 €
916	Knochenstanze und/oder Punktion des Knochenmarks, auch Sternalpunktion	67,14 €
917	Punktion einer Mamma oder Punktion eines Lymphknotens <i>Die Leistung nach Nummer 917 ist neben der Leistung nach Nummer 926 nicht berechnungsfähig.</i>	40,78 €
918	Punktion eines Organs (z.B. Leber, Niere, Hoden)	76,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
919	Punktion des Douglasraums <i>Die Leistung nach Nummer 919 ist neben der Leistung nach Nummer 920 nicht berechnungsfähig.</i>	80,76 €
920	Punktion eines Adnextumors, ggf. einschließlich Douglaspunktion <i>Die Leistung nach Nummer 920 ist neben der Leistung nach Nummer 919 nicht berechnungsfähig.</i>	93,65 €
921	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	25,28 €
922	Punktion bzw. Saugbiopsie der Prostata, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 922 ist neben der Leistung nach Nummer 10198 nicht berechnungsfähig.</i>	40,78 €
923	Punktion der Schilddrüse, ggf. beidseitig, je Herd	39,53 €
924	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 923 für therapeutische Injektion(en) von Alkohol oder in ihrer Wirkung vergleichbaren Substanzen, zur Behandlung von z.B. autonomen Schilddrüsenadenomen oder -knoten, je Herd	10,73 €
925	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde und/oder Einführung eines Fistelkatheters, ggf. einschließlich anschließender Injektion oder Instillation <i>Die Leistung nach Nummer 925 ist einmal je untersuchtem Gang bzw. Fistelsystem und Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 925 ist neben Leistungen mit Kathetereinbringungen in eine Fistel, Fisteluntersuchungen sowie neben der Leistung nach Nummer 3217, 3218 oder 3316 nicht berechnungsfähig.</i>	18,67 €
926	Stanzbiopsie(n) einer Brustdrüse, je Herd <i>Die Leistung nach Nummer 926 ist neben der Leistung nach Nummer 917 bei Punktion(en) und Stanzbiopsien derselben Brustdrüse nicht berechnungsfähig.</i>	49,03 €
927	Stanzbiopsie an Haut oder Schleimhaut, soweit nicht in Komplexleistungen enthalten	25,28 €
928	Stanzbiopsie an Muskeln und Weichteilen, soweit nicht in anderen Leistungen enthalten	39,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
929	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 39,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 929 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 929 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 929 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,00 €
930	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 39,00 EUR bis zu 68,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 930 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 930 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 930 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €
931	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 68,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 931 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 931 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 931 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	30,00 €

IV. Impfungen und Testungen

02.04

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen des Abschnitts C IV beinhalten auch ohne explizite Nennung die damit im Zusammenhang stehende Auftragung, Einbringung, Verabreichung der Impfstoffe, Testsubstanzen und Allergenextrakte sowie wundversorgende Maßnahmen, Verbände und erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung.
2. Mit den Leistungen nach Nummer 1017 bis 1020 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1000	Schutzimpfung mit Injektion (z.B. intramuskulär, subkutan) oder orale oder nasale Gabe, ggf. einschließlich Eintragung in den Impfpass, je Gabe <i>Art der Impfung und Gabe sind in der Rechnung anzugeben.</i>	14,28 €
1001	Epikutantest (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) oder kutane Testung, je Test	4,69 €
1002	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1001 ab dem 31. Test, je Test	2,26 €
1003	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1001 ab dem 31. Test bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Test <i>Der Zuschlag nach Nummer 1003 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1002, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.</i>	3,01 €
1004	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1001 für eine zusätzliche Belichtung, je Sitzung	8,63 €
1005	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1001 für eine zusätzliche Belichtung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1005 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1004, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.</i>	10,09 €
1006	Epikutantest mit in eigenem Labor erstelltem, nicht kommerziellem Material, je Test	6,03 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1007	Mendel-Mantoux-Test oder Intrakutantest mit mehreren Antigenen, ggf. einschließlich abdeckendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 1007 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Ablesung des Testergebnisses, auch an darauffolgenden Tagen, ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	7,37 €
1008	Pricktest (1. bis 20. Test je Behandlungsfall), je Test	6,03 €
1009	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1008 ab dem 21. Test, je Test	3,49 €
1010	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1008 ab dem 21. Test bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Test <i>Der Zuschlag nach Nummer 1010 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1009, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.</i>	4,64 €
1011	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall), je Test	4,69 €
1012	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1011 ab dem 11. Test, je Test	3,49 €
1013	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1011 ab dem 11. Test bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Test <i>Der Zuschlag nach Nummer 1013 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1012, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.</i>	4,64 €
1014	Intrakutantest (1. bis 20. Test je Behandlungsfall), je Test	7,37 €
1015	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1014 ab dem 21. Test, je Test	5,81 €
1016	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1014 ab dem 21. Test bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Test <i>Der Zuschlag nach Nummer 1016 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1015, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.</i>	7,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1017	Nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene, mit Einzel- oder Gruppenextrakt, ggf. beidseitig, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 1017 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15-mal berechnungsfähig.</i>	18,57 €
1018	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene, mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 1018 ist je Kalendertag bis zu zweimal und je Behandlungsfall bis zu 15-mal berechnungsfähig.</i>	35,88 €
1019	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien, einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 1019 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15-mal berechnungsfähig.</i>	27,22 €
1020	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene, mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 1020 ist je Kalendertag bis zu zweimal und je Behandlungsfall bis zu 15-mal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1020 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3517 nicht berechnungsfähig.</i>	51,93 €
1021	Subkutaner Provokationstest in mindestens zwei Stufen, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 1021 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15-mal berechnungsfähig.</i>	8,71 €
1022	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung, einschließlich Überwachung <i>Die Leistung nach Nummer 1022 ist je Kalendertag bis zu sechsmal berechnungsfähig, sofern jede weitere Verabreichung im Abstand von mindestens 30 Minuten erfolgt.</i>	14,54 €
1023	Sublinguale Hyposensibilisierungsbehandlung, einschließlich Überwachung <i>Die Leistung nach Nummer 1023 ist je Kalendertag bis zu sechsmal berechnungsfähig, sofern jede weitere Verabreichung im Abstand von mindestens 30 Minuten erfolgt.</i>	11,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1024	Betreuung und Überwachung bei titrierter Testung von Allergenen bei Hochrisikopatienten, einschließlich - intermittierende Blutdruckmessung - Pulsoxymetrie - kontinuierliche Überwachung durch eine Pflegekraft, Dauer mehr als 180 Minuten	55,72 €
1025	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 20,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1025, 1026 oder 1027 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1025 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1025 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1025 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,00 €
1026	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 20,00 EUR bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1025, 1026 oder 1027 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1026 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1026 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1026 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1027	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1025, 1026 oder 1027 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 1027 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 1027 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 1027 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	30,00 €

V. Intensivmedizinische Leistungen**02.05****Allgemeine Bestimmungen**

Die Leistungen des Abschnitts C V beinhalten auch ohne explizite Aufzählung folgende daneben nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen:

- Überwachung der Vitalfunktionen, ausgenommen Anlage invasiver Messverfahren (z.B. Pulmonalkatheter oder arterieller Katheter)
- Sauerstoffgabe
- EKG-Ableitung und -Interpretation
- venöser Zugang
- Infusionen
- Medikamentengaben
- Verbände zur Wundabdeckung, ausgenommen die Leistungen nach Nummer 5915 und 5916
- Überwachung der Beatmungsparameter
- Absaugung, oral oder nasal
- Dokumentationen

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1100	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung, auch CPAP, auch Transportbeatmung, auch im Rahmen der Notfallbehandlung, Dauer bis zu 6 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 1100 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1100 ist anstelle oder neben der Leistung nach Nummer 1108 oder 1127 sowie den Leistungen des Abschnitts C VIII (Schlafmedizinische Leistungen) nicht berechnungsfähig.</i>	71,38 €
1101	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung, auch CPAP, auch im Rahmen der Notfallbehandlung, ab 7. bis einschließlich 24 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 1101 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer der Leistung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1101 ist anstelle oder neben der Leistung nach Nummer 1108 oder 1127 sowie Leistungen des Abschnitts C VIII (Schlafmedizinische Leistungen) nicht berechnungsfähig.</i>	135,49 €
1102	Wiederbelebungsversuch mit Atemspende und indirekter Herzmassage	69,88 €
1103	Atemwegsichernde Maßnahmen durch Intubation oder Einbringen einer Larynxmaske, Larynxtracheotomie, Combitubus im Rahmen der Notfallbehandlung, einschließlich Maßnahmen zur Überwachung der Atemtätigkeit <i>Die Leistung nach Nummer 1103 ist neben der Leistung nach Nummer 1704 nicht berechnungsfähig.</i>	29,29 €
1104	Atemwegsichernde Maßnahmen durch Koniotomie oder Tracheotomie im Rahmen der Notfallbehandlung, einschließlich Maßnahmen zur Überwachung der Atemtätigkeit	118,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1105	Elektrostimulation und/oder Defibrillation und/oder Kardioversion des Herzens, bis zu drei Stromstöße <i>Die Leistung nach Nummer 1105 ist neben der Leistung nach Nummer 2920 nicht berechnungsfähig.</i>	58,03 €
1106	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1105 für mehr als drei Stromstöße	24,11 €
1107	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausrüstung, ggf. einschließlich eines invasiven Kreislaufmonitorings mittels eines arteriellen Katheters, Dauer bis zu 24 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 1107 beinhaltet sämtliche invasive und nichtinvasive Maßnahmen zur Überwachung und/oder Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen sowie ggf. zur Behandlung bei Störungen der Vitalfunktionen. Die Leistung nach Nummer 1107 kann nur von einem liquidationsberechtigten Arzt und nur für Überwachungen und Behandlungen auf Stationen berechnet werden, deren personelle und apparative Ausstattung eine enge Überwachung und intensivpflegerische Versorgung lebensbedrohlicher Erkrankungen und Zustände erlauben, z.B. Intensivtherapie-, Intensivüberwachungs- oder Intermediate Care-Stationen. Die Leistung nach Nummer 1107 ist für Überwachungen im Aufwachraum, beschützenden Stationen in psychiatrischen Abteilungen oder Einrichtungen oder anderen Stationen ohne intensivmedizinisch ausgebildetes Personal nicht berechnungsfähig. Die Leistungen des Abschnitts D I, mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 1716 im Rahmen der Schmerztherapie, können neben der Leistung nach Nummer 1107 nicht berechnet werden, es sei denn sie werden für die Durchführung chirurgischer oder diagnostischer Eingriffe oder außerhalb der Intensivstation erbracht. Leistungen des Kapitels B und/oder orientierende oder eingehende neurologische Untersuchungen können nicht von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 1107 berechnet.</i>	120,00 €
1108	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine assistierte und/oder kontrollierte Beatmung, auch CPAP, im Rahmen der Intensivbehandlung, einschließlich der erforderlichen Überwachungs- und ggf. Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Beatmung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1108 ist einmal innerhalb von 24 Stunden berechnungsfähig.</i>	100,00 €
1110	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für invasives erweitertes Kreislaufmonitoring mittels Pulmonalkatheter und/oder Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO)	33,50 €
1111	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für komplexe Katecholamintherapie mit zwei oder mehr Katecholaminen über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden <i>Der Zuschlag nach Nummer 1111 ist einmal je vollendete 24 Stunden berechnungsfähig.</i>	18,32 €
1112	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Gabe von sechs oder mehr Einheiten (Erythrozytenkonzentrat und/oder Thrombozytenkonzentrat und/oder therapeutisches Plasma (FFP)) innerhalb von 24 Stunden, einschließlich vorbereitender Kontrollen <i>Der Zuschlag nach Nummer 1112 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1112 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1113 nicht berechnungsfähig.</i>	24,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1113	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Gabe von mindestens 60 ml pro Kilogramm Körpergewicht (Erythrozytenkonzentrat und/oder Thrombozytenkonzentrat und/oder therapeutisches Plasma (FFP)) bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr innerhalb von 24 Stunden, einschließlich vorbereitender Kontrollen <i>Der Zuschlag nach Nummer 1113 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1113 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1112, 1138, 1139 oder 1140 nicht berechnungsfähig.</i>	35,00 €
1114	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Durchführung, Steuerung und Überwachung einer kontinuierlichen Hämodiltration und/oder Hämodialyse und/oder Hämodiafiltration und/oder Hämoperfusion (z.B. CVVH, CVVHDF, CVVHD, SLEDD) auf einer Intensivstation <i>Der Zuschlag nach Nummer 1114 ist einmal innerhalb von 24 Stunden berechnungsfähig.</i>	185,00 €
1115	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Lyse mittels venösem und/oder arteriellem Katheter	45,00 €
1116	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für Messung des intrakraniellen Drucks mittels Hirndrucksonde	33,50 €
1117	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eines der folgenden sonographischen Verfahren: Farbdoppler-Sonographie, Kontrastmittel-Sonographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE) oder Transthorakale Echokardiographie (TTE)	36,20 €
1118	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eines der folgenden endoskopischen Verfahren: Gastroskopie oder Koloskopie	68,00 €
1119	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine Bronchoskopie	49,71 €
1120	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine Tracheotomie oder Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Anlage)	68,00 €
1121	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für invasives Temperaturmanagement bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1121 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1122 oder 1123 nicht berechnungsfähig.</i>	35,46 €
1122	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für Temperaturmanagement bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich invasiver Maßnahmen <i>Der Zuschlag nach Nummer 1122 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1121, 1123, 1138, 1139 oder 1140 nicht berechnungsfähig.</i>	41,48 €
1123	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung auf einer neonatologischen Intensivstation	80,29 €
1124	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für das Gespräch mit dem Patienten, Dauer mindestens 20 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1124 ist innerhalb von sieben Tagen einmal berechnungsfähig.</i>	43,27 €
1125	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für das aufwendige, komplexe Gespräch mit Angehörigen oder Betreuer, Dauer mindestens 20 Minuten	43,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1126	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine oder mehrere Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung, insgesamt <i>Der Zuschlag nach Nummer 1126 ist einmal je 24 Stunden berechnungsfähig.</i> <i>Die Laboratoriumsuntersuchungen, die von dem Zuschlag nach Nummer 1126 umfasst werden, sind:</i> <i>Aus Abschnitt M I:</i> 11014 (Amylase), 11002 (CRP), 11003 (D-Dimere), 11005 (Glukose), 11006 (GPT), 11007 (HbA1c), 11008 (Hämoglobin), 11009 (Harnsäure), 11013 (Kreatinin), 11015 (Kapillar-Quick), 11016 (Troponin), 11025 (Blutbild, mind. 3 Parameter), 11026 (Blutgase), 11029 (Urin-Screening, mind. 2 Parameter), 11030 (Urin-Screening, mind. 8 Parameter), 11037 (Urinsediment) <i>Aus Abschnitt M II:</i> 11052 (Alkalische Phosphatase), 11053 (Alpha-Amylase), 11055 (Bilirubin, gesamt), 11056 (Calcium), 11057 (Chlorid), 11060 (CK), 11061 (CK-MB), 11063 (Gamma-GT), 11064 (Gesamt-Protein), 11065 (Glukose), 11066 (GOT), 11067 (GPT), 11070 (Harnstoff), 11072 (Kalium), 11073 (Kreatinin), 11074 (LDH), 11076 (Lipase), 11078 (Natrium), 11090 (Blutbild, mechanisiert), 11091 (Leukozyten-Diff., mechanisiert), 11100 (PTT), 11101 (TZ), 11102 (Quick (TPZ)), 11103 (Quick und abgeleitetes Fibrinogen) <i>Aus Abschnitt M III:</i> 11751 (Urin-Teststreifen), 11894 (AT III (Aktivität)), 11899 (D-Dimere), 11905 (Fibrinogen (Aktivität)), 11953 (TEG oder TEM), 12123 (Sauerstoff-Parameter, z.B. Sättigung), 12656 (CRP), 12714 (Troponin), 12921 (Ammoniak), 12926 (CKMB-Masse), 12936 (Laktat)	35,00 €
1127	Steuerung und Überwachung einer extrakorporalen Membranoxygenierung/CO2-Elimination, ggf. einschließlich Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine, je angefangene 24 Stunden	128,28 €
1128	Steuerung und Überwachung einer extrakorporalen Membranoxygenierung/CO2-Elimination, ggf. einschließlich Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine, je vollendete 24 Stunden	315,99 €
1129	Anschluss an oder Entfernung von minimalisierte(n) Herz-Lungen-Unterstützungssysteme(n) und/oder extrakorporale/r Membranoxygenierung/CO2-Elimination <i>Die Leistung nach Nummer 1129 ist neben der Leistung nach Nummer 9509 und 9510 nicht berechnungsfähig.</i>	68,93 €
1130	Transportbegleitung intensivpflichtiger, beatmeter Patienten, innerhalb eines Krankenhauses, pauschaliert, einschließlich Vor- und Nachbereitung, je Transport <i>Die Leistung nach Nummer 1130 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.</i>	68,54 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1131	Transportbegleitung intensivpflichtiger, beatmeter Patienten, außerhalb eines Krankenhauses, einschließlich Vor- und Nachbereitung, je Transport, je angefangene 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1131 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.</i>	10,27 €
1132	Transportbegleitung intensivpflichtiger, nicht beatmeter Patienten, innerhalb eines Krankenhauses, pauschaliert, einschließlich Vor- und Nachbereitung, je Transport <i>Die Leistung nach Nummer 1132 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.</i>	54,83 €
1133	Transportbegleitung intensivpflichtiger, nicht beatmeter Patienten, außerhalb eines Krankenhauses, einschließlich Vor- und Nachbereitung, je angefangene 15 Minuten, je Transport <i>Die Leistung nach Nummer 1133 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.</i>	8,36 €
1134	Beobachtung und Funktionskontrolle nach einem Eingriff/einer Intervention, Dauer bis zu 12 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 1134 ist neben der Leistung nach Nummer 200, 201, 1107 oder 1742 nicht berechnungsfähig.</i>	39,60 €
1135	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1134 für eine mehr als 12-stündige Überwachung, Dauer bis zu 24 Stunden	18,55 €
1136	Ausheberung und/oder Ausspülung des Magens, auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums	25,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1137	Hyperbare Sauerstofftherapie bei Intensivpatienten, einschließlich - körperliche Untersuchung - Ausschluss Pneumothorax - Ausschluss intrakranielle Luft- Ausgangsblutgasanalyse - peripher venöse Zugänge - neurologische Untersuchung vor und nach der Behandlung, ggf. einschließlich - Sedierung - Analgetika - Blutgasanalyse - assistierte/kontrollierte Beatmung - kontinuierliches EKG-Monitoring - kontinuierliche nicht-invasive oder invasive Blutdruckmessung - kontinuierliche Pulsoxymetrie - transkutane Sauerstoffmessungen (tcpO2) - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens sowie der Compliance - kontinuierliche Kapnometrie und Sauerstoffpartialdruckmessung inspiratorisch und expiratorisch - Füllung des endotrachealen Cuffs mit Flüssigkeit - wiederholte Cuffdruckmessungen - Volumensubstitution - wiederholte oder kontinuierliche Medikamentengaben, auch über Spritzenpumpen, auch Katecholamine, auch Antikonvulsiva - Parazentese - Blasenkatheter - neurologische Untersuchung/Überwachung bei ansprechbaren Intensivpatienten - somatosensorisch evozierte Potentiale - Dokumentation - dauerhafte Anwesenheit eines Arztes in der Druckkammer - Videoüberwachung - körperliche Untersuchung - Ausschluss Pneumothorax - Ausschluss intrakranielle Luft - Ausgangsblutgasanalyse - peripher venöse Zugänge - neurologische Untersuchung vor und nach der Behandlung, ggf. einschließlich - Sedierung - Analgetika - Blutgasanalyse - assistierte/kontrollierte Beatmung	325,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
	- kontinuierliches EKG-Monitoring - kontinuierliche nicht-invasive oder invasive Blutdruckmessung - kontinuierliche Pulsoxymetrie - transkutane Sauerstoffmessungen (tcpO₂) - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens sowie der Compliance - kontinuierliche Kapnometrie und Sauerstoffpartialdruckmessung inspiratorisch und expiratorisch - Füllung des endotrachealen Cuffs mit Flüssigkeit - wiederholte Cuffdruckmessungen - Volumensubstitution - wiederholte oder kontinuierliche Medikamentengaben, auch über Spritzenpumpen, auch Katecholamine, auch Antikonvulsiva - Parazentese - Blasenkatheter - neurologische Untersuchung/Überwachung bei ansprechbaren Intensivpatienten - somatosensorisch evozierte Potentiale - Dokumentation - dauerhafte Anwesenheit eines Arztes in der Druckkammer - Videoüberwachung	
1138	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 56,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1138, 1139 oder 1140 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1138 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1138 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1138 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1139	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 56,00 EUR bis zu 106,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1138, 1139 oder 1140 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1139 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1139 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1139 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
1140	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 106,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1138, 1139 oder 1140 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1140 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1140 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1140 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

VI. Sonographische Leistungen**02.06****Allgemeine Bestimmungen**

1. Die untersuchten Organe beziehungsweise Strukturen sowie gegebenenfalls die Körperseite sind in der Rechnung anzugeben.
2. Mit den Leistungen des Abschnitts C VI sind die erforderliche Bilddokumentation ggf. einschließlich der Flusskurve bei dopplersonographischer Untersuchung, erforderlichenfalls in Farbe, und die schriftliche Befunderstellung abgegolten.
3. Bei Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 40 kann für eine Leistung die 1,5fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen. Die Körpermaße (Größe, Gewicht, BMI) müssen in der Rechnung angegeben werden.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1200	Sonographische (Teil-)Untersuchung mit Bezug auf ein Organ oder sonographische Verlaufsuntersuchung, einschließlich der fallweise erfolgenden abschnittswisen Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1200 ist neben der Leistung nach Nummer 1224 oder 1227 nicht berechnungsfähig. Bei Mehrfachtransplantierten ist die Leistung nach Nummer 1200 je transplantiertem Organ berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1200 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	21,00 €
1201	Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich Untersuchung der subkutanen und regionären Lymphknoten, je Sitzung	27,38 €
1202	Sonographische Untersuchung von Lymphknoten mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, mehr als drei Lymphknotenregionen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1202 ist für die Untersuchung von Lymphknotengruppen, deren Darstellung als fakultative Leistung bereits mit der Berechnung einer anderen sonographischen Leistung abgegolten ist, nicht berechnungsfähig.</i>	45,09 €
1203	Sonographische Untersuchung des Gehirn-Parenchyms oder des Rückenmarks mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren und Farbdopplerverfahren, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1203 ist neben der Leistung nach Nummer 1320 nicht berechnungsfähig.</i>	53,27 €
1204	Sonographische Untersuchung eines Auges und der Augenhöhle mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich Untersuchung der umgebenden Strukturen <i>Die Leistung nach Nummer 1204 ist je Auge und Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	20,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1205	Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Mode-Verfahren, je Kopfseite <i>Die Leistung nach Nummer 1205 ist unabhängig von der Zahl der untersuchten Nasennebenhöhlen einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1205 ist neben der Leistung nach Nummer 1206 nicht berechnungsfähig.</i>	16,18 €
1206	Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen oder Gesichtsweichteile mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, je Kopfseite <i>Die Leistung nach Nummer 1206 ist neben der Leistung nach Nummer 1205 nicht berechnungsfähig.</i>	18,38 €
1207	Sonographische Untersuchung der Schilddrüse, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1207 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines Teiles der Schilddrüse berechnungsfähig.</i>	39,55 €
1208	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1207 für die gezielte sonographische Untersuchung der Epithelkörperchen, ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen <i>Der Zuschlag nach Nummer 1208 ist neben der Leistung nach Nummer 1210 nicht berechnungsfähig.</i>	19,84 €
1209	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1207 für die gezielte sonographische Untersuchung der Epithelkörperchen bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen <i>Der Zuschlag nach Nummer 1209 ist neben der Leistung nach Nummer 1208, 1210, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	24,81 €
1210	Sonographische Untersuchung der Halsregion, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich - Halslymphknoten - Epithelkörperchen oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 1210 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1210 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1208 nicht berechnungsfähig.</i>	22,95 €
1211	Sonographische Untersuchung eines Organs im Kopf-Hals-Bereich (Kehlkopf, Speicheldrüsen)	21,55 €
1212	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1207, 1210 oder 1211 für Endosonographie	22,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1213	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1207, 1210 oder 1211 für die zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler- beziehungsweise Powerdoppler-Sonographie, ggf. einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität	23,23 €
1214	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1207, 1210 oder 1211 für die zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler- beziehungsweise Powerdoppler-Sonographie bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität <i>Der Zuschlag nach Nummer 1214 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1213, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	27,91 €
1215	Kontrastmittelgestützte Sonographie (CEUS) bei tumorösen Raumforderungen der Hals- und Gesichtsweichteile, der zervikalen Lymphknoten oder der Kopfspeicheldrüsen, einschließlich - aller vor- und nachbereitenden Maßnahmen bei der Kontrastmittelverabreichung - der Darstellung vor und nach Kontrastmittelgabe	83,59 €
1216	Sonographische Untersuchung einer Brustdrüse mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich - partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen - der regionären, auch axillären Lymphknoten einer Seite	35,00 €
1217	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1216 für die Untersuchung der Gefäße mittels Farbdoppler <i>Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
1218	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1216 für die Untersuchung der Gefäße mittels Farbdoppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1218 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1217, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	22,59 €
1219	Sonographische Untersuchung einer Brustdrüse mittels automatisiertem 3D-Brustultraschallsystem (z.B. ABUS-System), ggf. einschließlich - partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, - partieller Mitdarstellung der regionären, auch axillären Lymphknoten einer Seite	35,52 €
1220	Sonographische Untersuchung im Bereich des Thorax mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich der Untersuchung - der Thoraxwand - der Pleurahöhle und des Perikards sowie abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, ausschließlich der Untersuchung von Herz und großen Gefäßen, je Sitzung	53,89 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1221	Sonographische Untersuchung der Gefäße des Mediastinums mittels B-Mode-(2D-real-time-) und Farbdoppler-Verfahren, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1221 ist für die alleinige Darstellung der herznahen Gefäße nicht berechnungsfähig.</i>	50,26 €
1222	Sonographie des Abdomens mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, einschließlich der Untersuchung von Leber, Gallenblase, Gallengängen, Pankreas, Milz, V. cava, Aorta, Niere(n), sowie ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1222 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1222 ist neben der Leistung nach Nummer 1226 nicht berechnungsfähig.</i>	80,00 €
1223	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1222 für die Sonographie weiterer abdominaler Organe, je Sitzung	27,00 €
1224	Kontrastmittel-Sonographie der Leber, des Pankreas, der Milz oder der Nieren mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, einschließlich - aller vor- und nachbereitenden Maßnahmen bei der Kontrastmittelverabreichung - der Untersuchung mehrerer Sequenzen bzw. Phasen - der Darstellung vor und nach Kontrastmittelgabe, ggf. einschließlich der Untersuchung der Gallengänge und/oder lokoregionären Lymphknoten, je dargestelltem und im Bild dokumentiertem Organ <i>Die Leistung nach Nummer 1224 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Punktionen zum Einbringen von Kontrastmitteln sind in der Leistung enthalten und nicht neben der Leistung berechnungsfähig.</i>	94,86 €
1225	Intraoperative Sonographie eines oder mehrerer Abdominalorgane <i>Die Leistung nach Nummer 1225 ist unabhängig von der Zahl der untersuchten Organe nur einmal während der Dauer der Operation berechnungsfähig.</i>	45,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1226	Sonographie des Harntrakts mit Untersuchung der Harnblase und beider Nieren und/oder des Nierentransplantats mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich der Untersuchung - der Harnleiter - der Gefäße und der Lymphknoten der Region ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1226 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1226 ist neben der Leistung nach Nummer 1230 nicht berechnungsfähig.</i>	50,14 €
1227	Sonographie des weiblichen Beckens mit Untersuchung des Uterus und der Adnexe beider Seiten, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich - der Untersuchung des zervikalen Abschnitts der Vagina und/oder der Harnblase - der abschnittsweisen Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1227 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.</i>	50,00 €
1228	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1227 für die sonographische Untersuchung von Harnleiter, Niere, lokoregionäre Lymphknoten, Gastrointestinaltrakt oder Darmwand im kleinen Becken oder der Beckenwand, je dargestellter und im Bild dokumentierter vorgenannter Struktur/Organ <i>Der Zuschlag nach Nummer 1228 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1228 ist bei fehlender Darstellbarkeit nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>	11,00 €
1229	Sonographische Untersuchung des Skrotums, der Hoden und Nebenhoden, des Penis, ggf. einschließlich - Untersuchung der Urethra - Untersuchung der Gefäße und der Lymphknoten der Region - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1229 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.</i>	46,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1230	Sonographische Untersuchung der Prostata und der Harnblase, ggf. einschließlich - der Untersuchung der Lymphknoten der Region - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1230 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1230 ist neben der Leistung nach Nummer 1226 nicht berechnungsfähig.</i>	34,76 €
1231	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1230 oder 1296 für computergestützte sonographische Gewebedifferenzierung, je Sitzung	31,34 €
1232	Perinealsonographie, ggf. einschließlich abschnittsbezogener Darstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	34,41 €
1233	Sonographische Untersuchung von unter der Haut und Subkutis gelegenen Bindegewebsstrukturen, z.B. Muskeln, Sehnen, Bändern, Schleimbeuteln, Knochen usw., mittels B-Mode-(2D-real-time-) Verfahren, je untersuchter Extremität <i>Die Leistung nach Nummer 1233 ist neben der Leistung nach Nummer 1201 nicht berechnungsfähig.</i>	34,92 €
1234	Sonographische Untersuchung von Muskeln und/oder Nerven mittels B-Mode-Verfahren, bis zu 10 Muskelgruppen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1234 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	56,85 €
1235	Sonographische Untersuchung eines Knie- oder Hüftgelenks als Funktionseinheit, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich Untersuchung der - Muskeln - Weichteile - Sehnen - Schleimbeutel und/oder Menisken <i>Die Leistung nach Nummer 1235 ist neben der Leistung nach Nummer 1321 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Hüftgelenksonographie im Rahmen der frühkindlichen Vorsorgeuntersuchung beziehungsweise die daraus sich ggf. ergebenden Kontrollsonographien sind ausschließlich mit der Leistung nach Nummer 1321 berechnungsfähig.</i>	39,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1236	Sonographische Untersuchung eines Schultergelenks als Funktionseinheit, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich Untersuchung - des Schultereckgelenks - der Muskeln, Weichteile, Sehnen und/oder Schleimbeutel der Schulterregion	41,39 €
1237	Sonographische Untersuchung eines Ellbogen- oder Sprung- oder Handgelenks oder der Tarsalgelenke als Funktionseinheit, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, ggf. einschließlich Untersuchung der Muskeln, Weichteile, Sehnen oder Schleimbeutel der jeweiligen Gelenkumgebung	36,62 €
1238	Sonographische Untersuchung der Finger- oder Zehengelenke mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, einschließlich Scoring des Grades der Synovitis und der Erosionen der einzelnen Finger- oder Zehengelenke, ggf. einschließlich der Untersuchung der Muskeln, Weichteile oder Sehnen der jeweiligen Hand bzw. des jeweiligen Fußes, je untersuchter Extremität	39,00 €
1239	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1235, 1236, 1237 oder 1238 für zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler beziehungsweise Powerdoppler, einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität	15,09 €
1240	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1235, 1236, 1237 oder 1238 für zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler beziehungsweise Powerdoppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität <i>Der Zuschlag nach Nummer 1240 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1239, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	18,16 €
1241	Sonographische Untersuchung kleiner Gefäße im Auge und/oder Periorbitalbereich (periorbital, temporal, frontal, orbital und/oder retrobulbär) mittels B-Mode-(2D-real-time-) und Farbdoppler-Verfahren, ggf. einschließlich PW- und/oder CW-Doppler <i>Die Leistung nach Nummer 1241 ist je Seite (Auge bzw. Periorbitalbereich) und Sitzung einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1241 ist neben der Leistung nach Nummer 1242 oder 1244 nicht berechnungsfähig.</i>	28,69 €
1242	Sonographische Untersuchung der Aa. carotides, der Periorbitalarterien, der Aa. subclaviae und der Aa. vertebrales mittels CW-Doppler-Verfahren, ggf. einschließlich Kompressionstest der Periorbitalarterien, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1242 ist neben duplexsonographischen Leistungen desselben Gefäßgebiets nicht berechnungsfähig.</i>	66,26 €
1243	Sonographische Untersuchung der Aa. carotides communes, externae und internae, beidseits, mittels B-Mode- und Farbdoppler-Verfahren, einschließlich der Untersuchung der Aa. vertebrales, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1243 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	64,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1244	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1243 für eine Untersuchung der Periorbitalarterien beidseits mittels CW-Doppler, einschließlich Kompressionstest, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1244 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	12,23 €
1245	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1243 für eine Untersuchung der Periorbitalarterien beidseits mittels CW-Doppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich Kompressionstest, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1245 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1245 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1244, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	15,27 €
1246	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1243 für die Untersuchung (B-Mode plus Farbdoppler) der Aa. subclaviae, ggf. einschließlich der Vv. Jugulares und/oder der Vv. subclaviae, beidseits, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1246 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	25,88 €
1247	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1243 für die Untersuchung (B-Mode plus Farbdoppler) der Aa. subclaviae, ggf. einschließlich der Vv. jugulares, und/oder der Vv. subclaviae bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, beidseits, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1247 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1247 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1246, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	32,61 €
1248	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1242 oder 1243 für die Quantifizierung ab einem Stenosegrad von 50%, einschließlich Bestimmung der systolischen Maximalgeschwindigkeit (prä-, intra- und poststenotisch)	21,42 €
1249	Sonographische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße, beidseits, mittels B-Mode und Farbdoppler-Verfahren, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1249 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	67,91 €
1250	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1249 für die Untersuchung intrakranieller Venen und Sinus, je Sitzung	53,39 €
1251	Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1251 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	75,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1252	Wiederholte sonographische Untersuchung intrakranieller Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren zur Messung der CO₂-Reaktivität, einschließlich Verabreichung von Testgas, ggf. einschließlich Überwachung sowie Herz-/Kreislaufmonitoring (z.B. EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperaturmessung), je Sitzung <i>Die verabreichten Substanzen sind mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 1252 abgegolten.</i>	124,51 €
1253	Kontinuierliche sonographische Untersuchung intrakranieller Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren von mindestens 30 Minuten Dauer zur Detektion mikroembolischer Signale <i>Die Leistung nach Nummer 1253 ist neben operativen oder interventionellen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	93,53 €
1254	Therapeutische transkraniale Ultraschallanwendung zur Thrombolysse bei Hirninfarkt, unabhängig von der Dauer der Therapie, je Lysebehandlung und Kalendertag	93,62 €
1255	Sonographische Untersuchung der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße mittels B-Mode-(2D-real-time-) und Farbdoppler-Verfahren, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	62,61 €
1256	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1255 für Folgeuntersuchung nach Gefäßinterventionen an abdominalen Arterien und/oder Venen bei Malfunktion (Rezidivstenose, Bypass- oder Stent-Verschluss) zur Beurteilung der Interventionsindikation	28,34 €
1257	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1255 für Quantifizierung von Nierenarterienstenosen und/oder Stenosen der Viszeralarterien, einschließlich - Bestimmung der systolischen Maximalgeschwindigkeit (prä-, intra- und poststenotisch) - zur Quantifizierung der Nierenarterienstenosen: Bestimmung des Widerstandsindex innerhalb beider Nieren bzw. am Transplantat an mindestens je drei Punkten	29,13 €
1258	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1255 für Quantifizierung von Nierenarterienstenosen und/oder Stenosen der Viszeralarterien bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich - Bestimmung der systolischen Maximalgeschwindigkeit (prä-, intra- und poststenotisch) - zur Quantifizierung der Nierenarterienstenosen: Bestimmung des Widerstandsindex innerhalb beider Nieren bzw. am Transplantat an mindestens je drei Punkten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1258 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1257, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	34,06 €
1259	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1255 für Abklärung der Flussverhältnisse im Abdomen bei vaskulären Malformationen, Agenesie der V. cava oder Vena-ovarica-Syndrom (Pelvic congestion syndrome)	34,01 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1260	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1255 für Abklärung der Flussverhältnisse im Abdomen bei vaskulären Malformationen, Agenesie der V. cava oder Vena-ovarica-Syndrom (Pelvic congestion syndrome) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1260 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1259, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	39,79 €
1261	Sonographische Untersuchung der Gefäße des männlichen Genitalsystems mittels B-Mode-(2D-real-time-) und Farbdoppler-Verfahren, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	46,00 €
1262	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1261 für Tumeszenzmessung, einschließlich der intrakavernösen Applikation einer vasoaktiven Substanz, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Punktion/Injektion - Tourniquet-Verwendung - postinterventioneller Versorgung der Punktionsstelle, je Sitzung	28,67 €
1263	Sonographische Untersuchung der Gefäße des weiblichen Genitalsystems mittels B-Mode-(2D-real-time-) und Farbdoppler-Verfahren, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1263 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1331 nicht berechnungsfähig.</i>	32,51 €
1264	Sonographische Untersuchung arterieller Gefäße an Armen oder Beinen mittels B-Mode- (2D-real-time) und Farbdoppler-Verfahren an zwei Gefäßregionen, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, <i>Die Leistung nach Nummer 1264 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.</i>	44,62 €
1265	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 für die Quantifizierung von Stenosen oder Verschlüssen der Extremitätenarterien bei vaskulärer Claudicatio intermittens, ischaemischen Ruheschmerzen und/oder Ulzerationen, einschließlich Bestimmung der systolischen Maximalgeschwindigkeit (prä-, intra- und poststenotisch), je Extremität	21,10 €
1266	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 bei Untersuchung nach arteriellen Provokationstests/Belastung (z.B. Lagerungsmanöver, Kompressionstest, definierte physikalische Belastung)	20,75 €
1267	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 für Farbduplex von Arterien nach Trauma oder Intervention bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1267 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	14,80 €
1268	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 für die Quantifizierung des Minutenvolumens bei arteriovenösen Malformationen oder Dialyseshunts	43,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1269	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 für die Quantifizierung des Minutenvolumens bei arteriovenösen Malformationen oder Dialyseshunt bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1269 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1268, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	51,00 €
1270	Sonographische Untersuchung der venösen Gefäße an Armen oder Beinen mittels B-Mode-(2D-real-time)- und Farbdoppler-Verfahren an zwei Gefäßregionen, ggf. einschließlich abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen <i>Die Leistung nach Nummer 1270 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.</i>	44,66 €
1271	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1264 oder 1270 für die sonographische Untersuchung von mehr als zwei Gefäßregionen	22,23 €
1272	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1270 für eine sonographische Gefäßuntersuchung bei Anwendung venöser Provokationstests (z.B. Lagerungsmanöver, strukturierter distaler Kompressionstest, Anlage von Tourniquets), je Sitzung	28,54 €
1273	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1270 für die Evaluation postthrombotischer Verläufe	22,16 €
1274	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1270 für die Quantifizierung von Volumina bei venöser Malformation, ggf. mithilfe von Ultraschall-Kontrastmitteln, einschließlich Flussvolumenmessung	26,82 €
1275	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1270 für die Quantifizierung von Volumina bei venöser Malformation, ggf. mithilfe von Ultraschall-Kontrastmitteln bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich Flussvolumenmessung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1275 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1274, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	31,38 €
1276	Untersuchung der venösen Gefäße als kontinuierliche Kompressionssonographie zum Ausschluss einer Thrombose, ggf. einschließlich Farbkodierung, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1276 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.</i>	46,39 €
1277	Sonographische Untersuchung der arteriellen Gefäße einer Extremität mittels CW-Doppler-Verfahren, je Extremität	24,87 €
1278	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1277 für die Verwendung eines Spektraldopplers, je Sitzung	10,73 €
1279	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1277 für die Verwendung eines Spektraldopplers bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1279 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1278, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	13,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1280	Sonographische Untersuchung der venösen Gefäße einer Extremität mittels CW-Doppler-Verfahren, je Extremität	24,13 €
1281	Dopplersonographische Bestimmung des Knöchel-Arm-Indexes (ankle-brachial index, ABI) unter Verwendung eines Taschendopplergeräts oder vergleichbarer automatisierter Methoden, unabhängig von der Zahl der Messpunkte, je Sitzung	20,87 €
1282	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1277 oder 1281 für eine sonographische Druckmessung und/oder die Bestimmung des Knöchel-Arm-Indexes (ABI) nach Belastung, unabhängig von der Zahl der Messpunkte bzw. Messungen, je Sitzung	20,53 €
1283	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1277 oder 1281 für eine sonographische Druckmessung und/oder die Bestimmung des Knöchel-Arm-Indexes (ABI) nach Belastung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, unabhängig von der Zahl der Messpunkte bzw. Messungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1283 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1282, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	25,82 €
1284	Sonographische Untersuchung nach Anlage einer Stent-Graft-Prothese der Aorta und/oder der Iliakalgefäße, einschließlich Beurteilung der Interventionsbedürftigkeit einer Leckage	32,29 €
1285	Sonographische Untersuchung der Digitalarterien, ggf. nach Anwendung von Vasodilanzien	27,75 €
1286	Sonographische Untersuchung von Unterschenkel- und Fußgefäßen bei diabetischem Fußsyndrom, einschließlich Bestimmung des Minutenvolumens in der A. tibialis anterior und/oder posterior	36,39 €
1287	Transluminale Sonographie eines oder mehrerer Blutgefäße nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	23,46 €
1288	Ultraschallkontrollierte Kompression des Aneurysma-Halses zum Verschluss eines Aneurysma spurium	76,43 €
1289	Ultraschallkontrollierte Kompression und Medikamenteninjektion (z.B. Thrombin) zum Verschluss eines Aneurysma spurium	58,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1290	Endosonographie des Ösophagus und/oder des Magens, einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich - Endosonographie lokoregionärer Lymphknoten - Rachenanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1290 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des oberen Gastrointestinaltraktes nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1290 ist neben der Leistung nach Nummer 1291 nicht berechnungsfähig.</i>	150,66 €
1291	Endosonographie des Ösophagus, des Magens, des Duodenums, der Gallenwege und/oder des Pankreas, ggf. einschließlich - der Endosonographie abdominaler Gefäße und lokoregionärer Lymphknoten, einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes - Rachenanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1291 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des oberen Gastrointestinaltraktes nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1291 ist neben der Leistung nach Nummer 1290 nicht berechnungsfähig.</i>	205,48 €
1292	Endosonographie des Rektums und/oder Sonographie des Analkanals, einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich - Sonographie lokoregionärer Lymphknoten - Lokalanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1292 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des Rektums bzw. Analkanals nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1292 ist neben der Leistung nach Nummer 1293 nicht berechnungsfähig.</i>	45,06 €
1293	Endosonographie des Kolons, einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1293 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des Kolons nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1293 ist neben der Leistung nach Nummer 1292 nicht berechnungsfähig.</i>	112,55 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1294	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1201, 1207, 1216, 1222, 1229, 1230, 1290, 1291, 1292, 1293 oder 1296 für Elastographie mittels Ultraschall (z.B. Real-Time- oder transiente Verfahren)	22,44 €
1295	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1201, 1207, 1216, 1222, 1229, 1230, 1290, 1291, 1292 oder 1293 für Elastographie mittels Ultraschall bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr (z.B. Real-Time- oder transiente Verfahren) <i>Der Zuschlag nach Nummer 1295 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1294, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	26,93 €
1296	Endosonographie der Prostata und/oder der Harnröhre und/oder der Samenblase, einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich - Sonographie lokoregionärer Lymphknoten - partieller Mitdarstellung benachbarter Organe - Lokalanästhesie, je Sitzung	48,30 €
1297	Sonographisch gestützte Führungshilfe und/oder Lagekontrolle, bei endosonographischen Interventionen, unabhängig von der Zahl der Punktionen und/oder Punktionsorte einmal je Sitzung	34,32 €
1298	Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler, ggf. einschließlich der Untersuchung der großen herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Pulmonalarterien, V. cava), je Sitzung	56,05 €
1299	Echokardiographische Untersuchung des Herzens mittels B-Mode-(2D-real-time-) Verfahren und M-Mode-(Time motion-)Verfahren, ggf. einschließlich - Untersuchung herznaher Gefäße (z.B. Aorta ascendens, Pulmonalarterien, V. cava) - abschnittsweise Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	67,92 €
1300	Farbkodierte Doppler-Echokardiographie des Herzens, einschließlich der Leistung nach Nummer 1298 und 1299, je Sitzung	112,65 €
1301	Transösophageale farbkodierte Doppler-Echokardiographie, ggf. einschließlich - oxymetrischer und EKG-Überwachung - Darstellung der herznahen Gefäße (z.B. Aorta ascendens, Pulmonalarterien, V. cava) mittels Doppler-Verfahren (PW- und/oder CW-Doppler) - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	128,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1302	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1203, 1216, 1221, 1241, 1243, 1249, 1255, 1261, 1263, 1264, 1270, 1298, 1300, 1301, 1327 oder 1331 für Spektralanalyse (Fast Fourier Transformation) und/oder quantitative Berechnungen (z.B. Pourcelot-Index), einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung	10,31 €
1303	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1299, 1300 oder 1301 für die Untersuchung des Herzens mittels Gewebedoppler zur quantitativen Wandbewegungsanalyse, je Sitzung	10,48 €
1304	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1299, 1300 oder 1301 für die Untersuchung des Herzens mittels Gewebedoppler zur quantitativen Wandbewegungsanalyse bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1304 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1303, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	12,59 €
1305	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1298, 1299, 1300 oder 1301 bei besonders aufwendigen Untersuchungsbedingungen: beatmeter Patient oder unmittelbar nach intrathorakalem Eingriff	10,60 €
1306	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1298, 1299, 1300 oder 1301 für Strainttechnologie	23,29 €
1307	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1298, 1299, 1300 oder 1301 für Quantifizierung von Herzklappenstenosen und/oder Herzklappeninsuffizienzen, einschließlich - Mitralsuffizienz: Effektive Regurgitationsfläche (EROA), V. contracta - Mitralsuffizienz oder Trikuspidalstenose: Bestimmung der Öffnungsfläche planimetrisch und/oder nach Druckhalbwegszeit - Aorteninsuffizienz: V. contracta, Druckhalbwegszeit, Geschwindigkeits-Zeitintegral in der Aorta descendens - Aortenstenose: Bestimmung der Öffnungsfläche planimetrisch und/oder nach Kontinuitäts Gleichung - Pulmonalklappenstenose: Gradientenbestimmung über Doppler <i>Der Zuschlag nach Nummer 1307 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	14,33 €
1308	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1298, 1299, 1300 oder 1301 für Quantifizierung von Linksherz- und/oder Rechtsherzfunktionen und/oder Strukturen, einschließlich Flächen und ggf. Volumina von RA und RV und/oder Ejektionsfraktion nach Simpson für den linken Ventrikel <i>Der Zuschlag nach Nummer 1308 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	9,56 €
1309	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1298, 1299, 1300 oder 1301 für Untersuchung komplexer angeborener Vitien <i>Als komplexe Herzfehler gelten AV-Kanal, Ebstein, Fallot, fehleinmündende Lungenvenen, single ventricle, Shone-Komplex, DORV, Hypoplastisches Linksherzsyndrom, TGA, Truncus Arteriosus communis, Ductus Botalli, Aortenisthmusstenose oder vergleichbar komplexe Herzfehler.</i>	28,67 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1310	Echokardiographische Untersuchung des Herzens mittels B-Mode-Verfahren (gemäß Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1299), in Ruhe und unter definierter ergometrischer Belastung, einschließlich Auswertung und digitaler Archivierung der Bilddaten sowie Verfahren zur Verbesserung der Auflösung und des Kontrasts (Tissue Harmonic Imaging), je Sitzung	207,30 €
1311	Echokardiographische Untersuchung des Herzens mittels B-Mode-Verfahren (gemäß Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1299), in Ruhe und unter standardisierter pharmakologischer Belastung (z.B. Dobutamin-/Atropin-Gabe), einschließlich - Gabe des Pharmakons - Auswertung und digitaler Archivierung der Bilddaten sowie Verfahren zur Verbesserung der Auflösung und des Kontrasts (Tissue Harmonic Imaging), je Sitzung	207,30 €
1312	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1226, 1227, 1229, 1230, 1235, 1236, 1237, 1241, 1249, 1255, 1256, 1264, 1284, 1285, 1286, 1290, 1291, 1296, 1298, 1299, 1300, 1301, 1310 oder 1311 für Kontrastmittel-Sonographie-Verfahren, einschließlich - aller vor- und nachbereitenden Maßnahmen bei der Kontrastmittelverabreichung - der Untersuchung mehrerer Sequenzen bzw. Phasen - der Darstellung vor und nach Kontrastmittelgabe, je Sitzung	23,70 €
1313	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1220, 1226, 1227, 1235, 1236, 1237, 1241, 1249, 1255, 1256, 1264, 1284, 1285, 1286, 1290, 1291, 1296, 1298, 1299, 1300, 1301, 1310 oder 1311 für Kontrastmittel-Sonographie-Verfahren bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich - aller vor- und nachbereitenden Maßnahmen bei der Kontrastmittelverabreichung - der Untersuchung mehrerer Sequenzen bzw. Phasen - der Darstellung vor und nach Kontrastmittelgabe, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1313 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1312, 1328, 1329 oder 1330 nicht berechnungsfähig.</i>	28,38 €
1314	Zuschlag zu der Leistung nach Nummern 1310 oder 1311 für zusätzliche Erstellung und Auswertung dopplerechokardiographischer Daten während und nach der Belastung, einschließlich Gradienten bei (Sub-)Aortenstenose und/oder nicht-invasive Messung des Pulmonalendrucks und/oder Quantifizierung einer Mitralklappeninsuffizienz mittels V. contracta	19,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1315	Sonographische Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge mittels B-Mode- (2D-real-time) Verfahren, ggf. einschließlich - Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung - CW-Doppler - partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen der Mutter, je untersuchtem Fetus	52,64 €
1316	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1315 für systematische Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien, je untersuchtem Fetus	69,16 €
1317	Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach der Leistung nach Nummer 1315 erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde oder ausgewiesener besonderer Risikosituation, einschließlich Bilddokumentation, ggf. einschließlich - Nackentransparenzmessung - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je untersuchtem Fetus <i>Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1317 ergeben sich aus der Anlage 1c der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1317 auch neben der Leistung nach Nummer 1315, 1323 oder 1324 berechnungsfähig.</i>	188,90 €
1318	Gezielte sonographische Untersuchung im Rahmen des First-Trimester-Screenings, ggf. einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung und untersuchtem Fetus	50,68 €
1319	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1200, 1227, 1230, 1315, 1317 oder 1318 bei transkavitärer bzw. transrektaler und/oder transvaginaler Untersuchung, einschließlich Ein- und Ausbringen des Schallkopfes, ggf. einschließlich Lokalanästhesie und Überwachung, je Sitzung	15,12 €
1320	Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Strukturen bei einem Patienten bis zum vollendeten 8. Lebensjahr (ggf. durch die offene Fontanelle) mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1320 ist neben der Leistung nach Nummer 1203 nicht berechnungsfähig.</i>	57,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1321	Sonographische Untersuchung beider Hüftgelenke bei einem Patienten bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 1321 ist neben der Leistung nach Nummer 1235 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Hüftgelenksonographie im Rahmen der frühkindlichen Vorsorgeuntersuchung beziehungsweise die daraus sich ggf. ergebenden Kontrollsonographien sind ausschließlich mit der Leistung nach Nummer 1321 berechnungsfähig.</i>	66,98 €
1322	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1321 für die sonographische Darstellung der Säuglingshüfte in einer Retentionsschiene bei instabilen Hüften ab Hüfttyp III nach Graf	22,79 €
1323	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus, einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich ein- und zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung (Time-Motion- bzw. M-Mode-Verfahren sowie B-Mode-Verfahren), ggf. einschließlich - dopplersonographischer Untersuchung und Frequenzspektrumanalyse - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je untersuchtem Fetus <i>Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1323 ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1323 auch neben der Leistung nach Nummer 1317 oder 1324 berechnungsfähig.</i>	122,62 €
1324	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels B-Mode- und Farbdoppler-Verfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich - direktonaler dopplersonographischer Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen, Gefäßen und Strukturen, je untersuchtem Fetus <i>Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1324 ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1324 auch neben der Leistung nach Nummer 1315, 1317 oder 1323 berechnungsfähig.</i>	92,66 €
1325	Sonographisch gestützte Führungshilfe und/oder Lagekontrolle, z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen, je Zielläsion <i>Die Leistung nach Nummer 1325 ist neben der Nummer 1814 oder 1825 bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	30,00 €
1326	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1216, 1220, 1226, 1230, 1235, 1237, 1243, 1249, 1255, 1264, 1296, 1298, 1299, 1300, 1301, 1317 oder 1325 für 3D/4D-Sonographieverfahren <i>Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	29,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1327	Sonographische Untersuchung der arteriellen und/oder venösen Gefäße einer Gefäßregion mittels B-Mode- (2D-real-time) und Farbdoppler-Verfahren, z.B. zur Kontrolle des Zugangsweges vor/nach Kathetereingriffen <i>Die untersuchten Gefäße sind in der Rechnung anzugeben.</i>	25,04 €
1328	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 36,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1328, 1329 oder 1330 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1328 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1328 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1328 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
1329	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 36,00 EUR bis zu 58,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1328, 1329 oder 1330 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1329 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1329 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1329 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
1330	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 58,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1328, 1329 oder 1330 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1330 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1330 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1330 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1331	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1227 für die sonographische Untersuchung einer Gefäßregion des weiblichen Beckens mittels Farbdoppler-Verfahren (z.B. bei unklarer Raumforderung oder bei V.a. Stieldrehung des Ovars), je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 1331 ist neben der Leistung nach Nummer 1263 nicht berechnungsfähig.</i>	12,00 €

Vertraulich

VII. Testverfahren

02.07

Allgemeine Bestimmungen

1. Testverfahren im Sinne dieses Abschnitts sind Untersuchungen eines Patienten mittels Befragungen und/oder Aufgabenstellungen im persönlichen Kontakt. Sie lassen sich auf der Basis empirischer Daten nach Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität beurteilen.
Ratings oder Skalen, die der Strukturierung, Dokumentation und gegebenenfalls quantifizierenden Auswertung einer körperlichen Untersuchung dienen, sind mit der Berechnung der jeweiligen Untersuchungsleistung abgegolten.
Selbstbeurteilungs- oder Fremdbeurteilungsverfahren sind Fragebögen oder Skalen, die vom Patienten oder seinem/n Angehörigen nach Anleitung eigenständig ausgefüllt werden.
2. Anleitung, Auswertung und Dokumentation sind bei allen Leistungen dieses Abschnitts obligate Leistungsbestandteile.
Die Bemessung der in den Leistungslegenden angegebenen Zeiten richtet sich nach der Dauer des während der Durchführung des/der jeweiligen Testverfahren erforderlichen Arzt-Patientenkontakts.
3. Die jeweils angewendeten Testverfahren sind in der Rechnung aufzuführen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1400	Durchführung von Testverfahren im Rahmen der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen, neurologischen, neuropsychologischen, schmerztherapeutischen, sozialpädiatrischen oder entwicklungspädiatrischen Diagnostik, ggf. computergestützt, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1400 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 1401 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1400 ist neben der Leistung nach Nummer 1800, 1801, 13912 oder 13913 nicht berechnungsfähig. Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	6,57 €
1401	Durchführung von Testverfahren im Rahmen der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen, neurologischen, neuropsychologischen, schmerztherapeutischen, sozialpädiatrischen oder entwicklungspädiatrischen Diagnostik, ggf. computergestützt, Dauer je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1401 ist je Kalendertag bis zu elfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1401 ist neben der Leistung nach Nummer 1800, 1801, 13912 oder 13913 nicht berechnungsfähig. Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,40 €
1402	Anwendung, Anleitung und Auswertung von Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren, je Verfahren, Dauer je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1402 ist je Kalendertag bis zu sechsmal berechnungsfähig. Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.</i>	13,95 €

VIII. Schlafmedizinische Leistungen**02.08**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1500	Polysomnographie im Schlaflabor bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung unter Anwesenheit von qualifiziertem Personal und Aufzeichnung von - EEG (2 oder 3 Ableitungen) - EOG (2 Ableitungen) - EMG Kinn und Beine (3 bis 6 Ableitungen) - EKG - der Sauerstoffsättigung - des Atemflusses an Mund und/oder Nase - von Atembewegungen an Thorax und Abdomen - von Schnarchgeräuschen - der Körperlage mittels Lagesensoren unter kontinuierlicher Videokontrolle und Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund, einschließlich - Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten - visuelle Auswertung mit synoptischer Bewertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1500 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	620,23 €
1501	Polysomnographie im Schlaflabor bei einem Kind ab dem 4. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung unter Anwesenheit von qualifiziertem Personal und Aufzeichnung von - EEG (2 oder 3 Ableitungen) - EOG (2 Ableitungen) - EMG Kinn und Beine (3 bis 6 Ableitungen) - EKG - der Sauerstoffsättigung - des Atemflusses an Mund und/oder Nase - von Atembewegungen an Thorax und Abdomen - von Schnarchgeräuschen - der Körperlage mittels Lagesensoren unter kontinuierlicher Videokontrolle und Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund, einschließlich - Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten - visuelle Auswertung mit synoptischer Bewertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1501 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	518,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1502	Polysomnographie im Schlaflabor bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung unter Anwesenheit von qualifiziertem Personal und Aufzeichnung von - EEG (2 oder 3 Ableitungen) - EOG (2 Ableitungen) - EMG Kinn und Beine (3 bis 6 Ableitungen) - EKG - der Sauerstoffsättigung - des Atemflusses an Mund und/oder Nase - von Atembewegungen an Thorax und Abdomen - von Schnarchgeräuschen - der Körperlage mittels Lagesensoren unter kontinuierlicher Videokontrolle und Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund, einschließlich - Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten - visuelle Auswertung mit synoptischer Bewertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1502 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	411,37 €
1503	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501 oder 1502 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Ösophagusdruckmessung	63,22 €
1504	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501 und 1502 für manuelle Drucktitration im Schlaflabor bei Einleitung oder Umstellung einer Überdrucktherapie	39,86 €
1505	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501 oder 1502 für erweiterte EEG/EMG-Aufzeichnung (mindestens 8 zusätzliche Kanäle)	20,50 €
1506	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500 oder 1501 für erweiterte EEG/EMG-Aufzeichnung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr (mindestens 8 zusätzliche Kanäle) <i>Der Zuschlag nach Nummer 1506 ist neben der Leistung nach Nummer 1505, 1524, 1525 oder 1526 nicht berechnungsfähig.</i>	23,99 €
1507	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 1500, 1501 oder 1502 für Langzeitpolysomnographie mit einer Mindestdauer von mehr als 24 Stunden bei Hypersomnolenzen zentralen Ursprungs <i>Die Dauer der Polysomnographie ist in der Rechnung anzugeben.</i>	365,42 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1508	Polygraphie bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung und Aufzeichnung - des EKG - der Sauerstoffsättigung - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche) - der Körperlage und der abdominalen und thorakalen Atembewegungen, einschließlich - Dokumentation der Messdaten - visuelle Auswertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1508 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	271,01 €
1509	Polygraphie bei einem Kind ab dem 4. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung und Aufzeichnung - des EKG - der Sauerstoffsättigung - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche) - der Körperlage und der abdominalen und thorakalen Atembewegungen, einschließlich - Dokumentation der Messdaten - visuelle Auswertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1509 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	201,64 €
1510	Polygraphie bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung und Aufzeichnung - des EKG - der Sauerstoffsättigung - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche) - der Körperlage und der abdominalen und thorakalen Atembewegungen, einschließlich - Dokumentation der Messdaten - visuelle Auswertung und Erstellung eines Befundberichtes <i>Die Leistung nach Nummer 1510 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	95,00 €
1511	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1502, 1508, 1509 oder 1510 für die transkutane oder endtidale Messung des CO₂-Partialdrucks im Rahmen der Polysomnographie oder Polygraphie <i>Der Zuschlag nach Nummer 1511 ist neben der Leistung nach Nummer 3519 nicht berechnungsfähig.</i>	38,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1512	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501, 1502, 1509 oder 1510 für das kontinuierliche Monitoring einer Atemwegsüberdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren) bei Einleitung, Therapiekontrolle oder Therapieanpassung/-umstellung einer Überdrucktherapie, einschließlich - Auswertung der während des Monitorings erhobenen Daten und ggf. zusätzlich Auswertung der zur Therapiekontrolle aus dem Gerät ausgelesenen Daten - Dokumentation, ggf. einschließlich - Auslesung der gerätegespeicherten Parameter - Prüfung der Gerätefunktion, des Maskensitzes und der Nutzungsdauer	40,74 €
1513	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1508 oder 1509 für das kontinuierliche Monitoring einer Atemwegsüberdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren) bei Einleitung, Therapiekontrolle oder Therapieanpassung/-umstellung einer Überdrucktherapie, bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich - Auswertung der während des Monitorings erhobenen Daten und ggf. zusätzlich Auswertung der zur Therapiekontrolle aus dem Gerät ausgelesenen Daten - Dokumentation, ggf. einschließlich - Auslesung der gerätegespeicherten Parameter - Prüfung der Gerätefunktion, des Maskensitzes und der Nutzungsdauer <i>Der Zuschlag nach Nummer 1513 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1512, 1524, 1525 oder 1526 nicht berechnungsfähig.</i>	48,02 €
1514	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501, 1502, 1509 oder 1510 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Blutdruckmessung ohne Beeinträchtigung des Schlafes	13,47 €
1515	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1508 oder 1509 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Blutdruckmessung ohne Beeinträchtigung des Schlafes bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1515 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1514, 1524, 1525 oder 1526 nicht berechnungsfähig.</i>	15,88 €
1516	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1508, 1509 oder 1510 für die Erbringung im Schlaflabor unter Anwesenheit von qualifiziertem Personal	50,97 €
1517	Polysomnographische Vigilanzmessung im Schlaflabor zur Bestimmung der Schlafneigung am Tag (z.B. Multipler Schlaflatenztest), einschließlich - Messung und Aufzeichnung von EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten und mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand an einem Untersuchungstag - Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten - visuelle Auswertung und Erstellung eines Befundberichtes, ggf. einschließlich Videodokumentation	276,43 €
1518	Erstmalige Einweisung und Training eines Patienten im Gebrauch einer Beatmungsmaske bei Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren) <i>Die Leistung nach Nummer 1518 ist bei Wechsel des Maskentyps erneut berechnungsfähig.</i>	39,32 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1519	Therapiekontrolle bei einer im häuslichen Umfeld durchgeführten Überdruckbeatmung, einschließlich - Zwischenanamnese - Auslesen der gespeicherten Gerätedaten - Prüfung der Nutzungsdauer/24 Stunden - Prüfung der Gerätefunktion - Prüfung des Gewichtsverlaufs - Messung des Blutdrucks - synoptischer Bewertung der Kontrollergebnisse - Kurzschulung des Patienten, ggf. einschließlich - Einleitung von Korrekturmaßnahmen - Prüfung des Interfaces - Erfassung von Fluss/Druck an der Maske - standardisierter Prüfung der Tagesvigilanz <i>Die Leistung nach Nummer 1519 ist nicht an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 1802 berechnungsfähig.</i>	54,74 €
1520	Einstellung und/oder Kontrolle eines Neurostimulators zur Behandlung einer Schlafapnoe	55,80 €
1521	Durchführung von Testverfahren im Rahmen der schlafmedizinischen Diagnostik, ggf. computergestützt, Dauer bis zu 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1521 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 1522 berechnungsfähig. Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	5,67 €
1522	Durchführung von Testverfahren im Rahmen der schlafmedizinischen Diagnostik, ggf. computergestützt, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1522 ist dreimal je Sitzung berechnungsfähig. Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,49 €
1523	Auswertung und Befundung einer aktigraphischen Registrierung zur Überwachung des Schlaf-Wach-Rhythmus über eine Zeitdauer von mindestens sieben Tagen mittels eines Gerätes, das die Kriterien eines Medizinproduktes erfüllt	74,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1524	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 50,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1524, 1525 oder 1526 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1524 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1524 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1524 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
1525	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 50,00 EUR bis zu 78,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1524, 1525 oder 1526 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1525 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1525 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1525 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
1526	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts C VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 78,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1524, 1525 oder 1526 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1526 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1526 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1526 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Kapitel D

Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin

Vertraulich

Zuschläge für ambulante Anästhesieleistungen**03.001****Allgemeine Bestimmungen**

1. Bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen können für die erforderliche Bereitstellung von Anästhesiearbeitsplätzen bzw. -einrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge Zuschläge berechnet werden.
2. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags ist die erbrachte Anästhesieleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Eine Zuordnung des Zuschlags zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Anästhesieleistungen ist nicht möglich.
3. Die Zuschläge sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Kalendertag wegen derselben Erkrankung vom Operateur und/oder Anästhesisten veranlasst in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn während oder nach der geplanten ambulanten Operation aus unvorhersehbaren Gründen die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung vom Operateur und/oder Anästhesisten festgestellt und auf der Rechnung entsprechend begründet wird.
4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete anästhesiologische Leistung aufzuführen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1600	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 14,00 EUR bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 1600 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1601, 1602, 1603 oder 1604 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1600 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	4,93 €
1601	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 14,00 EUR und bis zu 24,00 EUR bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 1601 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1600, 1602, 1603 oder 1604 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1601 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	10,84 €
1602	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 24,00 EUR und bis zu 33,00 EUR bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 1602 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1600, 1601, 1603 oder 1604 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1602 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	21,15 €
1603	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 33,00 EUR und bis zu 57,00 EUR bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 1603 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1600, 1601, 1602 oder 1604 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1603 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	37,36 €
1604	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 57,00 EUR bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 1604 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1600, 1601, 1602 oder 1603 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1604 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	61,15 €

I. Anästhesieleistungen

03.01

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine gegebenenfalls erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil der Leistungen des Abschnitts DI. Ein präanästhesiologisches Anamnesegespräch und eine präanästhesiologische Untersuchung können gesondert berechnet werden.
2. Die berechnungsfähige Anästhesieleistung umfasst die Anästhesiepräsenzzeit dokumentiert als A-A-Zeit. Die Zeiten für die berechnungsfähige Anästhesieleistung sind verpflichtend auf der Rechnung anzugeben.
3. Die Überwachung der Vitalfunktionen (kontinuierliches EKG-Monitoring, kontinuierliche Pulsoxymetrie, nicht-invasive Blutdruckmessung) und Temperaturmessungen sind Gegenstand aller Anästhesieleistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Leistungen des Abschnitts D I beinhalten auch ohne explizite Aufzählung folgende daneben nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen:
 - Präoxygenierung inklusive Verabreichung der Narkose- und Atemgase (insbesondere Sauerstoffgabe)
 - Hautdesinfektion
 - Lokalanästhesien vor Punktion
 - Legen eines Harnblasenkatheters
 - erste peripher-venöse Infusion
 - Verbände
 - Medikamentengaben (Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidote)
 - ggf. erforderliche Nachinjektionen
 - Wärmeapplikation
 - Anwendung eines Nervenstimulators zur Auffindung von Nerven zur Anlage einer Regionalanästhesie
 - Kathetereinbringungen zur Regionalanästhesie
 - Kontrolle der Katheterlage
 - Entfernung von Kathetern oder Medikamentenpumpen
 - Überprüfung der Neurologie zur Erfolgskontrolle der Anästhesie
 - orale/tracheale Absaugung
 - Dokumentation
5. Wird ein Anästhesist bei einem Eingriff hinzugezogen, der die Sedierung als fakultativen Leistungsschritt inkludiert, so kann der Anästhesist seine Leistungen nach dem Abschnitt D I gegenüber dem Patienten gesondert berechnen.
6. Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten), oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachte hämorrhagische Diathese kann bei den Leistungen nach den Nummern 1714 oder 1715 für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern die Blutstillung aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit so aufwendig ist, dass die Interventions- bzw. Schnitt-Naht-Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles, wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen. Die medizinische Indikation und der Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung der Blutstillung müssen in der Rechnung angegeben werden.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1700	Ärztlicher Standby als alleinige anästhesiologische Maßnahme, einschließlich - Überwachung der Vitalfunktionen (z.B. kontinuierliches EKG-Monitoring, kontinuierliche Pulsoxymetrie, nicht-invasive Blutdruckmessung, Temperaturmessung) - Infusion(en) - Legen eines oder mehrerer peripher venöser Zugänge, ggf. auch präoperativ gelegt, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie für die Anlage - Sauerstoffgabe - Kapnometrie (CO ₂ -Messung), je angefangene 20 Minuten	35,74 €
1701	Analosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme, ohne Intubation, einschließlich - Überwachung der Vitalfunktionen (z.B. kontinuierliches EKG-Monitoring, kontinuierliche Pulsoxymetrie, nicht-invasive Blutdruckmessung, Temperaturmessung) - Infusion(en) - Legen eines oder mehrerer peripher venöser Zugänge, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie für die Anlage - Sauerstoffgabe - Kapnometrie (CO ₂ -Messung) - Blasenkatheter, Dauer bis zu 30 Minuten	66,18 €
1702	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1701, für weitere vollendete 30 Minuten	61,25 €
1703	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1701, für weitere angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1703 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	22,04 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1704	Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, Maske oder Jet, einschließlich medikamentöser Prämedikation und Legen eines oder mehrerer peripher venöser Zugänge, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie für die Anlage - Anlegen von bis zu zwei Infusionen - Cuffdruckmessung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung - Temperaturmessungen - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens sowie der Compliance - kontinuierlicher Kapnometrie und Narkosegasmessung (auch Sauerstoff) - inspiratorisch und expiratorisch - routinemäßiger Messung/Überprüfung der Narkostiefe - Legen einer Magensonde - Legen eines Blasenkatheters - Relaxometrie, Dauer bis zu 15 Minuten	119,34 €
1705	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1704, je weitere vollendete 30 Minuten	88,62 €
1706	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1704, je weitere angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1706 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	45,21 €
1708	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die fiberoptische Intubation <i>Der Zuschlag nach Nummer 1708 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1709 nicht berechnungsfähig.</i>	45,69 €
1709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die seitengetrennte Intubation, einschließlich fiberoptischer Kontrolle	50,25 €
1710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für EEG- und/oder Bispectral Index (BIS)-Messungen und/oder nahinfrarotspektroskopische (NIRS)-Messungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender zerebraler Ischämie (z.B. Karotis-Thrombendarteriektomie, risikobehaftete Kopflagerungen, extrakorporale Zirkulation) und/oder bei Kombination von Allgemein- und rückenmarksnaher Anästhesie	35,51 €
1711	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die kontrollierte Blutdrucksenkung auf Anforderung des Operateurs <i>Der Zuschlag nach Nummer 1711 ist für die Senkung eines kurzzeitig erhöhten Blutdrucks sowie neben der Überwachung einer Herz-Lungenmaschine nicht berechnungsfähig.</i>	21,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1712	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für kontrollierte Wärmetherapie (Zwei-Höhlen-Eingriff, OP-Dauer über 120 Minuten, dokumentierte Hypothermie (<35 Grad))	62,16 €
1713	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für kontrollierte Wärmetherapie (Zwei-Höhlen-Eingriff, OP-Dauer über 120 Minuten, dokumentierte Hypothermie (<35 Grad)) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1713 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1712, 1745, 1746 oder 1747 nicht berechnungsfähig.</i>	72,73 €
1714	Anlage, Messungen und Überwachung des Pulmonalendrucks anhand eines Pulmonalkatheters (Swan-Ganz-Katheter) zur invasiven Überwachung der Herzkreislauffunktion während einer Anästhesieleistung, einschließlich - Punktion (Seldingertechnik) oder Freilegung mit Vorbringung eines Führungsdrahtes - Einbringen einer Schleuse - Vorbringen und Positionieren eines Katheters oder dessen Austausch - Druckmessungen - EKG-Registrierung - Durchleuchtungen <i>Die Leistung nach Nummer 1714 ist neben der Leistung nach Nummer 719, 3001, 3004 oder 3009 nicht berechnungsfähig.</i>	121,33 €
1715	Anlage, Messungen und Überwachung des PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output) zur invasiven Überwachung der Herzkreislauffunktion während einer Anästhesieleistung, einschließlich - eines arteriellen Katheters und eines zentralvenösen Katheters - Punktion (Seldingertechnik) oder Freilegung mit Vorbringung eines Führungsdrahtes - Einbringen einer Schleuse - Vorbringen und Positionieren eines Katheters oder dessen Austausch - Druckmessungen - EKG-Registrierung - Durchleuchtungen <i>Die Leistung nach Nummer 1715 ist neben der Leistung nach Nummer 718, 719, 720, 3001, 3004 oder 3009 nicht berechnungsfähig.</i>	80,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1716	Regionalanästhesie (rückenmarksnahe Leitungsanästhesie: Spinal-/Peridural-, Epiduralanästhesie), einschließlich - kontinuierlicher Anwesenheit von Anästhesiefachpersonal - medikamentöser Prämedikation - Legen eines peripher-venösen Zugangs und/oder Anlegen von bis zu zwei Infusionen, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung - Überwachung der Atmung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Kapnometrie (CO ₂ -Messung) - Legen eines Blasenkatheters, Dauer bis zu 15 Minuten	98,04 €
1717	Zuschlag für die Fortsetzung der Leistung nach Nummer 1716, ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums, je weitere angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1717 ist nur als Abschlussleistung bei einer Gesamtdauer der Regionalanästhesie von unter fünf Stunden und nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Bei nicht kontinuierlicher Anwesenheit des Anästhesiefachpersonals sind die Anwesenheitszeiten zu addieren.</i>	22,90 €
1718	Zuschlag für die Fortsetzung der Leistung nach Nummer 1716, ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums, je weitere vollendete 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1718 ist je Sitzung bis zu neunmal berechnungsfähig.</i> <i>Bei nicht kontinuierlicher Anwesenheit des Anästhesiefachpersonals sind die Anwesenheitszeiten zu addieren.</i>	62,16 €
1719	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1716 für die kombinierte Spinal- und Epiduralanästhesie	34,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1720	Blockade eines Nervengeflechtes (z.B. Plexus brachialis oder lumbosacralis), auch mittels Katheter und/oder des N. ischiadicus und/oder des N. femoralis und/oder Drei-in-eins- und/oder Knie- und/oder Fußblock, einschließlich Einleitung und Überwachung ggf. einschließlich - medikamentöser Prämedikation - Legen eines peripher-venösen Zugangs und/oder Anlegen von bis zu zwei Infusionen - Lokalanästhesie - kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring - Überwachung der Atmung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Kapnometrie (CO ₂ -Messung) - Legen eines Blasenkatheters, Dauer bis zu 60 Minuten <i>Wenn die Schmerzausschaltung einer primär angelegten Regionalanästhesie z.B. während einer nicht vorhersehbaren langen Operationsdauer nachlässt und durch eine Allgemeinanästhesie fortgesetzt werden muss, ist die zusätzliche Fortführung der vorgenannten Regionalanästhesie nur mit der halben Gebühr berechnungsfähig.</i>	86,94 €
1721	Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1720, Dauer bis zu 20 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1721 ist nur als Abschlussleistung und nur einmal je Sitzung berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1721 ist der Zuschlag nach Nummer 1725 nicht berechnungsfähig.</i>	16,84 €
1722	Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1720, je vollendete 20 Minuten, bis zu fünf Stunden	25,81 €
1723	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1716 oder 1720 für die intravenöse Sedierung und/oder Analgesie zusätzlich zu Regional- und/oder Lokalanästhesien	27,27 €
1724	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1720 bei Kombination von mindestens zwei Verfahren nach der Leistung nach Nummer 1720 <i>Die jeweiligen Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	45,44 €
1725	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1716 oder 1720 für die Fortführung und Überwachung über mehr als fünf Stunden, pauschal am ersten Kalendertag	137,06 €
1726	Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1704, 1716 oder 1720, pauschal je weiterer Kalendertag	102,79 €
1727	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1716 oder 1720 für Ultraschall zum Auffinden nervaler Strukturen	16,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1728	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704, 1716 oder 1720 für Infusionstherapie ab der dritten Infusion <i>Die Leistung nach Nummer 1728 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	21,67 €
1729	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704, 1716 oder 1720 für die Messung des arteriellen Drucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Anlage eines zentralen Venenkatheters oder einer arteriellen Kanüle	66,18 €
1730	Blutautotransfusion mittels zellseparierendem Gerät, einschließlich - Indikationsstellung - Sammlung, Antikoagulation und Aufbereitung des Blutes	60,89 €
1731	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1730 für die Retransfusion der autologen, gewaschenen Erythrozyten, je Einheit (250 ml) <i>Die Anzahl der Einheiten ist in der Rechnung anzugeben.</i>	18,54 €
1732	Intravenöse Regionalanästhesie einer Extremität, einschließlich - medikamentöser Prämedikation - Legen eines peripher-venösen Zugangs und/oder Anlegen von bis zu zwei Infusionen - Anlage einer Doppelstaumanschette - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung - Überwachung der Atmung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschließlich Kapnometrie (CO ₂ -Messung) und Sauerstoffgabe, Dauer bis zu 30 Minuten	52,52 €
1733	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1732, je weitere vollendete 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1733 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	33,76 €
1734	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1732, je angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1734 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	15,90 €
1735	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	6,76 €
1736	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	4,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1737	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes, ggf. einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens	13,04 €
1738	Infiltrationsanästhesie eines kleinen Bezirkes (kleiner als 3 cm Länge, kleiner als 4 cm² Fläche oder kleiner als 1 cm³ Volumen) <i>Die Leistung nach 1738 ist neben der Leistung nach 728 der 729 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	10,10 €
1739	Infiltrationsanästhesie eines großen Bezirkes (größer als 3 cm Länge, größer als 4 cm² Fläche und größer als 1 cm³ Volumen) oder Infiltrationsanästhesie im Gesicht <i>Die Leistung nach 1739 ist neben der Leistung nach 728 der 729 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	18,24 €
1740	Lokalanästhesie nach Oberst oder Peniswurzelblockade	13,44 €
1741	Leitungsanästhesie, retrobulbär, peribulbär oder parabolbär (z.B. Subtenonblock)	41,35 €
1742	Postanästhesiologische Betreuung in speziell ausgestatteten Einheiten (Aufwachraum) unter ärztlicher Koordination, einschließlich - Abschlussuntersuchung vor Verlegung aus dem Aufwachraum - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - Pulsoxymetrie und ggf. EKG-Monitoring, ggf. einschließlich - Medikamentengabe(n) einschließlich Infusionstherapie - Temperaturmessungen - Sauerstoffgabe - postoperativer Analgesie - Nachinjektionen in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Katheter, je vollendete 60 Minuten <i>Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren und ausschließlicher Sedativa-Gabe berechnungsfähig.</i>	33,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1743	Postanästhesiologische Betreuung in speziell ausgestatteten Einheiten (Aufwachraum) unter ärztlicher Koordination, einschließlich - Abschlussuntersuchung vor Verlegung aus dem Aufwachraum - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - Pulsoxymetrie und ggf. EKG-Monitoring, ggf. einschließlich - Temperaturmessungen - Sauerstoffgabe - postoperativer Analgesie - Nachinjektionen in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Katheter, je angefangene 60 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 1743 ist nur als Abschlusssleistung berechnungsfähig.</i> <i>Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren und ausschließlicher Sedativa-Gabe berechnungsfähig.</i>	16,04 €
1744	Kontrollierte Hypothermie (Senkung der Körpertemperatur), einschließlich Temperaturmessung	27,73 €
1745	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 35,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1745, 1746 oder 1747 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1745 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1745 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €
1746	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 35,00 EUR bis zu 62,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1745, 1746 oder 1747 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1746 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1746 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1747	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 62,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung	50,00 €
<i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1745, 1746 oder 1747 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>		

II. Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen**03.02****Allgemeine Bestimmungen**

Maßnahmen zum Auffinden von Nerven mittels Nervenstimulator, die Kathetereinführung, die Kontrolle der Katheterlage, die Überprüfung der Neurologie, Patientenlagerung, Lokalanästhesie einschließlich Gabe methodenspezifischer Medikamente und die Überwachung der Vitalfunktionen sind Bestandteile der Leistungen des Abschnitts DII und nicht gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1800	Standardisiertes palliativmedizinisches und/oder schmerzmedizinisches Basisassessment zur Einleitung, Koordination und Durchführung der Symptomkontrolle und -behandlung, ggf. einschließlich - psychosozialer Stabilisierung - Einbeziehung der Angehörigen <i>Die Leistung setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der Palliativ- und/oder schmerzmedizinischen Versorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, (psycho-)soziale Situation, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1800 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1800 ist innerhalb von 24 Stunden nicht neben der Leistung nach Nummer 1801 berechnungsfähig.</i>	118,89 €
1801	Symptombezogenes Assessment bei palliativmedizinischen Patienten und/oder Schmerzmedizinpatienten (z.B. Edmonton Symptom-Skala, visuelle Analogskala) <i>Die Leistung setzt die Untersuchung von mindestens drei Bereichen der Palliativ- und/oder schmerzmedizinischen Versorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, (psycho-)soziale Situation, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1801 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1801 ist innerhalb von 24 Stunden nicht neben der Leistung nach Nummer 1400, 1401 oder 1800 berechnungsfähig.</i>	61,78 €
1802	Ärztliche Betreuung eines Patienten/einer Patientin im Rahmen einer außerklinischen assistierten und/oder kontrollierten apparativen Beatmung <i>Die Leistung nach Nummer 1802 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	57,55 €
1803	Lokalanästhesie definierter Schmerzpunkte (z.B. Triggerpunkte nach Travell, Simons) zur Schmerzbehandlung <i>Die Leistung nach Nummer 1803 ist unabhängig von der Anzahl der Triggerpunkte und der Anzahl behandelter Körperregionen nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1803 ist neben der Leistung nach 728, 729, 1738, 1739 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	25,62 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1804	Anästhesie von einzelnen Nerven, z.B. Testausschaltung, unter Angabe der Lokalisation, einschließlich Überprüfung der Effektivität einer diagnostischen Blockade in Bezug auf Motorik, Sensibilität, Vegetativum und Algesimetrie <i>Die Leistung nach Nummer 1804 ist unabhängig von der Anzahl der betroffenen Nerven und der Anzahl behandelter Körperregionen nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 1804 ist neben der Leistung nach 728, 729, 1738, 1739 oder 1803 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.</i>	24,66 €
1805	Analgesie eines Hirnnervens an der Schädelbasis, z.B. an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (N. mandibularis am Foramen ovale, N. maxillaris am Foramen rotundum) oder Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri), ggf. einschließlich Röntgenkontrolle <i>Erfolgt die Analgesie eines Hirnnerven Computertomographie-gesteuert, ist die Computertomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	32,62 €
1806	Ganglionäre lokale Opioidanalgesie (GLOA), ggf. einschließlich - vorheriger Lokalanästhesie im Rachenraum - Legen peripher venöser Zugänge	32,62 €
1807	Sympathikusblockade des zervikalen Grenzstrangs oder des Ganglion stellatum mittels Anästhetika und/oder Analgetika, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, ggf. einschließlich - Katheteranlage(n) - Legen peripher venöser Zugänge	48,95 €
1808	Sympathikusblockade des thorakalen Grenzstranges oder des Plexus coeliacus mittels Anästhetika und/oder Alkohol, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, ggf. einschließlich - Katheteranlage(n) - Legen peripher venöser Zugänge <i>Erfolgt die Sympathikusblockade Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	72,39 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1809	Sympathikusblockade des lumbalen Grenzstrangs mittels Anästhetika und/oder Alkohol, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, ggf. einschließlich - Katheteranlage(n) - Legen peripher venöser Zugänge <i>Die Leistung nach Nummer 1809 ist auch bei Blockade mehrerer Segmente nur einmal berechnungsfähig. Eine ggf. erforderliche Röntgenkontrolle ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 1809 und nicht gesondert berechnungsfähig. Erfolgt die Sympathikusblockade Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	72,39 €
1810	Radiofrequenz-Thermoläsion des thorakalen oder lumbalen Grenzstranges, des Plexus coeliacus oder des Plexus hypogastricus, ggf. einschließlich Legen peripher venöser Zugänge <i>Erfolgt die Radiofrequenz-Thermoläsion Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	66,62 €
1811	Analgesie eines Spinalnerven/-wurzel und ggf. der Rami communicantes, dorsales und meningei, auch periradikuläre Therapie mittels Anästhetika und/oder Analgetika, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 1811 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig. Erfolgt die Spinalnerven/-wurzel-Analgesie Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	45,11 €
1812	Blockade der Intercostalnerven, auch mehrere Segmente, je Sitzung	34,35 €
1813	Periduralanästhesie, Kaudalanästhesie oder Sakralanästhesie	65,94 €
1814	Injektion und/oder Infiltration von bis zu zwei Facettengelenken, alle Zugänge, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, auch bei ausschließlicher Anwendung eines Lokalanästhetikums <i>Erfolgt die Facettenblockade Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.</i>	42,80 €
1815	Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), einschließlich Aufsuchen der geeigneten Schmerzpunkte und Einweisung des Patienten, je Sitzung, Dauer mindestens 15 Minuten	16,60 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1816	Erstprogrammierung, Befüllen und Funktionsanalyse einer implantierten oder externen Medikamentenpumpe zur intravenösen Behandlung oder zur Beschickung eines Peridural-, Spinal- oder Nervenlogenkatheters zur Schmerztherapie und/oder Spasmolyse, einschließlich Einweisung des Patienten <i>Die Leistung nach Nummer 1816 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1819, 4336, 4338 oder 4339 nicht berechnungsfähig.</i>	69,28 €
1817	Wiederauffüllen einer implantierten oder externen Medikamentenpumpe zur intravenösen Behandlung oder Beschickung eines Peridural-, Spinal- oder Nervenlogenkatheters zur Schmerztherapie und/oder Spasmolyse, einschließlich Überwachung der Vitalfunktionen, ggf. einschließlich Lagekontrolle des Katheters, Kontrolle der Funktionstüchtigkeit und Korrektur des Katheters <i>Die Leistung nach Nummer 1817 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1819, 4336, 4338 oder 4339 nicht berechnungsfähig.</i>	26,51 €
1818	Funktionsanalyse und Neu- bzw. Umprogrammierung eines zur Langzeitanalgesie angelegten plexusnahen, peridural oder spinal implantierten Neurostimulators	28,01 €
1819	Verlaufskontrolle bei einer liegenden implantierten oder externen Medikamentenpumpe zur intravenösen Behandlung oder Beschickung eines Peridural-, Spinal- oder Nervenlogenkatheters zur Schmerztherapie und/oder Spasmolyse <i>Die Leistung nach Nummer 1819 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1817, 4336, 4338 oder 4339 nicht berechnungsfähig.</i>	22,21 €
1820	Wirbelsäulenkathetertechnik (z.B. Racz-Katheter, Pasha-Katheter, Neuroplastie, epidurale Neurolyse, Neuroplastik), ggf. einschließlich - Anlage des Katheters (auch über unterschiedliche Zugangshöhen) - Bildwandler einschließlich Kontrastmittelgabe - Gabe von Medikamenten (auch mehrere Injektionssequenzen in den liegenden Katheter) - Neurolyse - Epidurographie - Bandscheibenshrinking - Stimulation und Verödung von schmerzweiterleitenden Nerven (Nervenmodulation) <i>Die Leistung nach Nummer 1820 ist je Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Leistung an mehreren Kalendertagen erfolgt.</i>	146,76 €
1821	Anbringen eines kutanen Capsaicin-Pflasters, einschließlich - neurologischer Diagnostik und Testung zur korrekten Indikationsstellung - Vorbereitung der Haut - Aufkleben des Capsaicin-Pflasters in vorbereiteter Größe - Überwachung während der Wirkung (bis 60 Minuten) - Entfernung des Pflasters und Reinigung der Haut entsprechend der Vorgabe mit Reinigungsgel - Nachuntersuchung zur Beurteilung	36,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1822	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 33,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1822, 1823 oder 1824 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1822 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1822 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1822 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
1823	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 33,00 EUR bis zu 63,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1822, 1823 oder 1824 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1823 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1823 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1823 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
1824	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 63,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1822, 1823 oder 1824 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1824 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1824 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 1824 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
1825	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1814 für die Injektion und/oder Infiltration eines weiteren oder weiterer Facettengelenke, alle Zugänge, einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, auch bei ausschließlicher Anwendung eines Lokalanästhetikums <i>Der Zuschlag nach Nummer 1825 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	21,40 €

Kapitel E

Physikalisch medizinische Leistungen

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. In den Leistungen des Kapitels E sind alle Kosten enthalten bis auf:
 - Arzneimittel für Inhalationen, Phono- und Iontophoresen
 - Badezusatz für Teil-, Dreiviertel- und Vollbäder
 - Packungsmaterial für Kälte- und Wärmetherapie
 - das für ergotherapeutische Behandlungen erforderliche Material
 - das nach manueller Lymphdrainage erforderliche Bandagierungsmaterial
2. Die im Kapitel E aufgeführten Leistungen sind während einer stationären Behandlung nur berechnungsfähig, wenn sie vom Arzt oder seinem gemäß § 4 Absatz 2a, 2b oder 2c GOÄ benannten Vertreter persönlich erbracht werden. Leistungen, die während einer stationären Behandlung unter fachlicher Aufsicht und Weisung des Wahlarztes oder seines Vertreters erbracht werden, können nicht berechnet werden.
3. Die Leistungen der Abschnitte E I bis E VIII sind neben den Leistungen des Abschnitts E IX nicht berechnungsfähig.
4. Die Leistungen des Abschnitts E IX sind nur im stationären Bereich berechnungsfähig.

I. Inhalation**04.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1900	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung oder Insufflation von Sauerstoff über eine Maske oder eine Nasensonde	5,08 €
1901	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z.B. Bird-Respirator)	9,61 €
<i>Die Leistung nach Nummer 1901 ist neben der Leistung nach Nummer 1900 nicht berechnungsfähig.</i>		

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen**04.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2000	Krankengymnastische Einzelbehandlung/Übungsbehandlung auch auf neurophysiologischer Basis (z.B. PNF, Bobath, Vojta) oder Atemtherapie, ggf. einschließlich einer erforderlichen Teilmassage, je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten	16,82 €
2001	Krankengymnastische Einzelbehandlung/Übungsbehandlung auch auf neurophysiologischer Basis (z.B. PNF, Bobath, Vojta) oder Atemtherapie, ggf. einschließlich einer erforderlichen Teilmassage, je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	24,89 €
2002	Krankengymnastische Einzelbehandlung/Übungsbehandlung auch auf neurophysiologischer Basis (z.B. PNF, Bobath, Vojta) oder Atemtherapie, ggf. einschließlich einer erforderlichen Teilmassage, je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten	37,01 €
2003	Krankengymnastische Einzelbehandlung/Übungsbehandlung auch auf neurophysiologischer Basis (z.B. PNF, Bobath, Vojta) oder Atemtherapie, ggf. einschließlich einer erforderlichen Teilmassage, je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	49,12 €
2004	Krankengymnastik/Übungsbehandlung in Gruppen von drei bis acht Teilnehmern, je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 30 Minuten	9,89 €
2005	Medizinische Bewegungstherapie in einer Gruppe von drei bis sechs Teilnehmern, je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 60 Minuten	19,77 €
2006	Krankengymnastische Einzelbehandlung/Übungsbehandlung im Bewegungsbad, je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	22,90 €
2007	Krankengymnastik/Übungsbehandlung im Bewegungsbad in Gruppen von drei bis fünf Teilnehmern, je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 30 Minuten	9,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2008	Funktionelle Übungsbehandlung als Anleitung zum Eigentraining auch an medikomechanischen Apparaten, vom Arzt selbst ausgeführt, je Sitzung, Dauer mindestens 5 Minuten	11,77 €
2009	Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken) zur Behandlung funktioneller Störungen ohne Manipulation von Wirbel- und/oder Extremitätengelenk(en), je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2009 ist neben der Leistung nach Nummer 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028 oder 2029 nicht berechnungsfähig.</i>	28,68 €
2010	Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken) zur Behandlung funktioneller Störungen ohne Manipulation von Wirbel- und/oder Extremitätengelenk(en), je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2010 ist neben der Leistung nach Nummer 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028 oder 2029 nicht berechnungsfähig.</i>	42,71 €
2011	Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken), alle Anwendungsverfahren, einschließlich Erhebung der Anamnese und Untersuchung, je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2011 ist neben der Leistung nach Nummer 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028 oder 2029 nicht berechnungsfähig.</i>	63,78 €
2012	Anorektale Manometrie, einschließlich Patiententraining und fortlaufender Kurvendokumentation, je Sitzung	77,06 €
2013	Extensionsbehandlung mit Gerät, ggf. einschließlich Anwendung computergestützter, intermittierender Extensionsgeräte, je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten <i>Bei Wärmeanwendung in Form einer Warm-Packung ist die Wärmetherapie zusätzlich berechnungsfähig.</i>	9,36 €
2014	Behandlung mittels Bewegungs-/Motorschiene, je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten	6,14 €
2015	Behandlung mittels Vibrationsplatte, je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten	9,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2016	Behandlung mittels robotassistierter Armorthese, je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	24,38 €
2017	Behandlung mittels robotassistierter Armorthese, je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	48,18 €
2018	Behandlung mittels robotassistierter Gangorthese, je Sitzung Dauer mindestens 30 Minuten	24,38 €
2019	Behandlung mittels robotassistierter Gangorthese, je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	48,18 €
2020	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002, 2003, 2006, 2015, 2016, 2017, 2018 oder 2019 für den Einsatz von zwei Therapeuten bei schwersten motorischen Funktionsstörungen mit erheblicher Gefährdung des Patienten bei Mobilisation (Sturzgefahr) <i>Die Diagnose der schwersten motorischen Funktionsstörung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	12,55 €
2021	Apparativer Muskelfunktionstest <i>Die Leistung nach Nummer 2021 ist neben der Leistung nach Nummer 4219 nicht berechnungsfähig.</i>	72,70 €
2022	Osteopathisch medizinische Behandlung im viszeralem Bereich, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2022 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 2023 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2022 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	7,41 €
2023	Osteopathisch medizinische Behandlung im viszeralem Bereich, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2023 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2023 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	22,30 €
2024	Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen an der oberen oder unteren Extremität, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2024 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 2025 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2024 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	7,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2025	Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen an der oberen oder unteren Extremität, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2025 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2025 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	22,30 €
2026	Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen der Wirbelsäule einschließlich der Rippengelenke und des Beckenringes, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2026 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 2027 berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2026 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	7,41 €
2027	Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen der Wirbelsäule einschließlich der Rippengelenke und des Beckenringes, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2027 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2027 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	22,30 €
2028	Osteopathisch medizinische Behandlung im neurokraniellen Bereich, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2028 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 2029 berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2028 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	7,41 €
2029	Osteopathisch medizinische Behandlung im neurokraniellen Bereich, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2029 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 2029 ist neben der Leistung nach Nummer 2009, 2010 oder 2011 nicht berechnungsfähig.</i>	22,30 €

III. Massagen und Lymphdrainagen

04.03

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2100	Klassische Massage, je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten	16,40 €
2101	Spezialmassage(n), z.B. Segmentmassage, Kolonmassage, Bindegewebsmassage, je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2101 ist neben der Leistung nach Nummer 2102, 2103, 2104, 13928 oder 13929 nicht berechnungsfähig.</i>	16,40 €
2102	Manuelle Lymphdrainage, je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2102 ist neben der Leistung nach Nummer 2101 oder 13928 nicht berechnungsfähig.</i>	24,27 €
2103	Manuelle Lymphdrainage, je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2103 ist neben der Leistung nach Nummer 2101 oder 13928 nicht berechnungsfähig.</i>	36,08 €
2104	Manuelle Lymphdrainage, je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 2104 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 13928 oder 13929 nicht berechnungsfähig.</i>	47,88 €
2105	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	5,38 €
2106	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	10,10 €
2107	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar), je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten	17,47 €
2108	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2107 für den Einsatz von zwei Therapeuten bei schwersten motorischen Funktionsstörungen mit erheblicher Gefährdung des Patienten bei Mobilisation (Sturzgefahr)	9,90 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2109	Periost-Massage (z.B. Querfraktion), je Sitzung	16,40 €

Vertraulich

IV. Hydrotherapie**04.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2200	Anwendung von Güssen (Teil- und Vollgüsse), ggf. einschließlich - Abklatschung - Abreibung - Abwaschung, je Sitzung	19,99 €
2201	Anwendung eines Teilbades mit und ohne Zusatz (z.B. an- oder absteigendes Teilbad, Wechselbad, Hand- oder Fußbad, Sitzbad, Halbbad), je Sitzung	12,55 €
2202	Anwendung eines Dreiviertel-/Vollbades mit und ohne Zusatz (z.B. an- oder absteigendes Vollbad, Überwärmungsbad, Wechselbad), je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 2202 ist neben der Leistung nach Nummer 4131 nicht berechnungsfähig.</i>	23,72 €

V. Wärme- und Kältetherapie**04.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2300	Kalt- oder Warmpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung <i>Die Anwendung eines konfektionierten Cold-/Hotpacks erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach Nummer 2300.</i>	5,38 €
2301	Apparative temperaturgesteuerte Kälte- oder Wärmetherapie (z.B. Kaltluftbehandlung, einschließlich Kältekammer, Infrarotbehandlung, Heißluftbehandlung) einer Region, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 2301 ist neben der Leistung nach Nummer 4104 oder 4105 nicht berechnungsfähig.</i>	8,73 €
2302	Behandlung einer Körperregion mit Ultraschall, je Sitzung	7,49 €
2303	Behandlung mehrerer Körperregionen mit Ultraschall, je Sitzung	10,90 €

VI. Elektrotherapie**04.06**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2400	Anwendung von nieder-, mittel- oder hochfrequentem Strom (auch wechselweise) oder Iontophorese, je Extremität oder Kopf/Rumpf	10,90 €
2401	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen nach Bestimmung der Reizparameter, je Sitzung	8,85 €
2402	Hydroelektrisches Teilbad (Ein-, Zwei- und Vierzellenbad), je Sitzung	11,84 €
2403	Hydroelektrisches Vollbad (Stanger-Bad), je Sitzung	18,82 €
2404	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2403 für den Einsatz von zwei Therapeuten bei schwersten motorischen Funktionsstörungen mit erheblicher Gefährdung des Patienten bei Mobilisation (Sturzgefahr)	6,27 €

VII. Ergotherapie**04.07**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2500	Ergotherapeutische Einzelbehandlung, auch zur Herstellung ergotherapeutischer Schienen, je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	23,97 €
2501	Ergotherapeutische Einzelbehandlung, je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten	35,64 €
2502	Ergotherapeutische Einzelbehandlung, je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	47,30 €
2503	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit zwei bis acht Teilnehmern, je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 45 Minuten	7,31 €

VIII. Logopädie**04.08**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2600	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Sprech-, Sprach- und/oder Stimmstörungen als Einzelbehandlung (z.B. logopädische Behandlung), je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	50,78 €
2601	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Sprech-, Sprach- und/oder Stimmstörungen als Einzelbehandlung (z.B. logopädische Behandlung), je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten	76,18 €
2602	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Sprech-, Sprach- und/oder Stimmstörungen als Einzelbehandlung (z.B. logopädische Behandlung), je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	101,57 €
2603	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Sprech-, Sprach- und/oder Stimmstörungen als Gruppenbehandlung mit zwei bis fünf Teilnehmern (z.B. logopädische Behandlung), je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 30 Minuten	13,46 €

IX. Planung, Einleitung, Koordination, Therapiekontrolle**04.09**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2701	Planung, Einleitung und Koordination krankengymnastischer Einzelbehandlungen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2701 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2701 ist neben der Leistung nach Nummer 2705 nicht berechnungsfähig.</i>	48,67 €
2702	Therapiekontrolle krankengymnastischer Einzelbehandlungen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2702 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2701 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2702 ist neben der Leistung nach Nummer 2706 nicht berechnungsfähig.</i>	38,94 €
2703	Planung, Einleitung und Koordination krankengymnastischer Gruppenbehandlungen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2703 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	17,04 €
2704	Therapiekontrolle krankengymnastischer Gruppenbehandlungen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2704 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2703 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	14,60 €
2705	Planung, Einleitung und Koordination manueller Therapien, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2705 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2705 ist neben der Leistung nach Nummer 2701 nicht berechnungsfähig.</i>	48,67 €
2706	Therapiekontrolle manueller Therapien, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2706 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2705 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2706 ist neben der Leistung nach Nummer 2702 nicht berechnungsfähig.</i>	38,94 €
2707	Planung, Einleitung und Koordination von Massagen oder Lymphdrainagen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2707 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	29,21 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2708	Therapiekontrolle von Massagen oder Lymphdrainagen, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2708 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2707 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	21,42 €
2709	Planung, Einleitung und Koordination von Hydrotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2709 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	23,36 €
2710	Therapiekontrolle von Hydrotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2710 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2709 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	21,42 €
2711	Planung, Einleitung und Koordination von Wärme- oder Kältetherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2711 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	16,87 €
2712	Therapiekontrolle von Wärme- oder Kältetherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2712 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2711 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	11,68 €
2713	Planung, Einleitung und Koordination von Elektrotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2713 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	35,05 €
2714	Therapiekontrolle von Elektrotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2714 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2713 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	23,36 €
2715	Planung, Einleitung und Koordination von Ergotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2715 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	48,67 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2716	Therapiekontrolle von Ergotherapie, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2716 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2715 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	38,94 €
2717	Planung, Einleitung und Koordination von logopädischer Behandlung, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2717 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.</i>	48,67 €
2718	Therapiekontrolle von logopädischer Behandlung, einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten <i>Die Leistung nach Nummer 2718 ist frühestens fünf Tage nach dem Ansatz der Leistung nach Nummer 2717 und im Verlauf der Behandlung einmal je Kalenderwoche berechnungsfähig.</i>	38,94 €

Kapitel F

Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen

Vertraulich

I. Angiologie**05.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2800	Kreislauffunktionsprüfung nach Schellong, je Sitzung	28,02 €
2801	Ergometrische Funktionsprüfung in physikalisch definierten und reproduzierbaren Belastungsstufen, mittels Fahrrad-, Oberkörper- oder Laufbandergometer, je Sitzung	65,66 €
2802	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2801 für die Verwendung eines Handergometers	12,21 €
2803	Funktionsprüfung der peripheren arteriellen Durchblutung (z.B. nach Ratschow, Adson oder Allen), je Sitzung	22,70 €
2804	Videokapillarmikroskopie, je Sitzung	41,07 €
2805	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2804 für Untersuchung(en) nach intravenöser Applikation eines Farbstoffes, einschließlich Dokumentation, ggf. einschließlich Ermittlung der Farbstoff-Erscheinungs- und -Auffüllzeiten	53,21 €
2806	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks der Haut, z.B. mittels Manschette, je Bein <i>Bei der Untersuchung beider Beine ist die Leistung nach Nummer 2806 zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	24,39 €
2807	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2806 bei Bestimmung unter Provokationsmanövern (z.B. Tieflagerung der Extremität, reaktive Hyperämie)	18,81 €
2808	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2806 bei Messung im Ulkusbereich	10,02 €
2809	Untersuchung der Gewebedurchblutung mittels Gewebephotospektrometrie, über die Bestimmung der kapillären Perfusion, der postkapillären Sauerstoffsättigung und der regionalen Hämoglobinemenge an mindestens zwei Messstellen im Gewebe, ggf. im Wundgrund, je Extremität	30,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2810	Horizontal-, Hoch- und/oder Tieflagerung an mindestens zwei Messstellen mit Überprüfung des kritischen Perfusionsdrucks und/oder der Stase, ggf. nach definierter lokaler Erwärmung der Haut, ggf. einschließlich funktioneller Untersuchung der Kompressionstherapie, je Extremität <i>Die Leistung nach Nummer 2810 beinhaltet die Leistung nach Nummer 2809. Die Leistung nach Nummer 2810 ist neben der Leistung nach Nummer 2809 nicht berechnungsfähig.</i>	41,14 €
2811	Laser-Doppler-Fluxmetrie zur semiquantitativen Messung der kutanen Mikrozirkulation, je Sitzung	41,14 €
2812	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2811 bei Anwendung von Provokationsmanövern (z.B. Tieflagerung der Extremität, reaktive Hyperämie)	17,44 €
2813	Seitenvergleichende segmentale Untersuchung der Durchblutung der unteren oder oberen Extremitäten mittels pneumatischer oder elektronischer Oszillographie, je Sitzung	25,00 €
2814	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2813 für Belastungstests (z.B. Kniebeugen, Zehenstände, technische Geräte wie Laufbandergometer)	20,14 €
2815	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung, Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm, ggf. einschließlich der Untersuchung unter Belastung, je Sitzung	51,15 €
2816	Photoplethysmographische Untersuchung der peripheren Arterien an mindestens zwei peripheren Gefäßabschnitten oder arterielle photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten, je Sitzung	36,03 €
2817	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2816 bei Anwendung von Provokationsmanövern (z.B. medikamentöse Vasodilatation, definierte Erwärmung oder Kühlung)	25,53 €
2818	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2816 für die gleichzeitige Untersuchung aller Finger und/oder aller Zehen, z.B. bei Raynaud-Syndrom an Händen und/oder Füßen oder Thrombangiitis obliterans	17,02 €
2819	Untersuchung der Venen einer oder mehrerer Extremitäten mittels Licht-Reflexions-Rheographie, je Sitzung	21,12 €
2820	Phlebodynamometrie, je Bein	44,60 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2821	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2819 oder 2820 für Funktionstest unter externer Unterbrechung des Refluxes beispielsweise durch Tourniquets	23,40 €
2822	Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) der Venen oder der Arterien einer Extremität in Ruhe, je Sitzung	39,34 €
2823	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2822 für Untersuchung(en) während und/oder nach Provokationsmanöver(n)	15,22 €
2824	Bestimmung der Pulswellenlaufzeit, je Sitzung	28,50 €
2825	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 27,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2825 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2825 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2825 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
2826	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 27,00 EUR bis zu 38,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2826 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2826 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2826 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2827	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 38,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2827 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2827 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2827 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

II. Kardiologie**05.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2900	Elektrokardiographische Untersuchung mit weniger als zwölf Ableitungen, mit graphischer Aufzeichnung, auch als Notfall-EKG, je Sitzung <i>Ein EKG-Monitoring ohne graphische Aufzeichnung ist nicht nach Nummer 2900 berechnungsfähig.</i>	12,51 €
2901	Elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens zwölf Ableitungen in Ruhe, mit graphischer Aufzeichnung, ggf. einschließlich - Untersuchung nach Belastung - Vektorkardiographie, je Sitzung	29,00 €
2902	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2900 oder 2901 für physikalische oder pharmakologische Provokation von Herzrhythmusstörungen, je Test <i>Bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 2902 und 2903 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	22,44 €
2903	Elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens zwölf Ableitungen unter fortschreibender Registrierung, als Ausgangs-EKG in Belastungsposition und bei physikalisch definierter, variabler und reproduzierbarer Belastung sowie Nachbeobachtung (Belastungs-EKG), einschließlich Blutdruckmessung, ggf. einschließlich - Pulsoxymetrie, - Vektorkardiographie, - Anpassung der Belastungsmodi bei orthopädischen Einschränkungen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 2903 ist neben der Leistung nach Nummer 2900 nicht berechnungsfähig.</i>	62,93 €
2904	Registrierung und Analyse von Spätpotentialen im hochverstärkten EKG	25,89 €
2907	Elektrokardiographische Untersuchung, Dauer 18 bis 36 Stunden (Langzeit-EKG), mit individueller, kontinuierlicher, mindestens zweikanaliger Ereigniskontrolle am Monitor und echtzeitanaloger Dokumentation signifikanter Ereignisse, 25 mm/Sek. einschließlich Auswertung, ggf. einschließlich - ST-Streckenanalyse - Atmungsaufzeichnung - Aufzeichnung und Auswertung der Herzfrequenzvariabilität <i>Ein EKG-Monitoring ohne graphische Aufzeichnung ist nicht nach Nummer 2907 berechnungsfähig.</i>	50,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2907 bei einer Langzeit-EKG-Aufzeichnungsdauer von mehr als 36 Stunden	8,37 €
2909	Auswertung nicht-telemetrisch übertragener Daten von mobilen, vom Arzt verordneten, erstattungsfähigen Medizinprodukten bzw. implantierbaren Monitor-Geräten (z.B. auch Event-Recorder) <i>Die Leistung nach Nummer 2909 ist neben der Leistung nach Nummer 2907, 2910, 2911, 2912, 2915 oder 2916 nicht berechnungsfähig.</i>	21,36 €
2910	Auswertung telemetrisch übertragener Daten von mobilen, vom Arzt verordneten, erstattungsfähigen Medizinprodukten bzw. implantierbaren Monitor-Geräten (z.B. auch Event-Recorder) <i>Die Leistung nach Nummer 2910 ist neben der Leistung nach Nummer 2907, 2909, 2911, 2912, 2915, 2916, 2930, 2931, 2932 oder 2933 nicht berechnungsfähig.</i>	22,05 €
2911	EKG-Registrierung und Auswertung mittels eines implantierten Event-Recorders, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 2911 ist neben der Leistung nach Nummer 2909, 2910 oder 2912 nicht berechnungsfähig.</i>	21,36 €
2912	EKG-Registrierung und Auswertung mittels eines externen Event-Recorders für jeweils sechs Tage <i>Die Leistung nach Nummer 2912 ist neben der Leistung nach Nummer 2909, 2910 oder 2911 nicht berechnungsfähig.</i>	21,36 €
2913	Funktionsanalyse eines Ein- oder Mehrkammerschrittmachers und/oder eines implantierten Defibrillators mit aktiver Telemetriefunktion auf Basis telemetrisch übermittelter Daten <i>Die Leistung nach Nummer 2913 ist nur berechnungsfähig, wenn die Daten über eine größere räumliche Entfernung übertragen werden (z.B. aus der häuslichen Umgebung des Patienten heraus).</i>	48,06 €
2914	Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Einkammer-Herzschrittmachers, je Sitzung	43,23 €
2915	Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Zweikammer-Herzschrittmachers (Vorhof- und Ventrikelelektrode), je Sitzung	64,85 €
2916	Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines biventrikulären Schrittmachers zur Resynchronisationstherapie	134,61 €
2917	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2914, 2915 oder 2916 für Kontrolle und Justierung der Frequenzadaption	4,82 €
2918	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2914, 2915 oder 2916 für implantierten Defibrillator	40,98 €
2919	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2914, 2915 oder 2916 für Kardioversion/Überstimulation mittels implantiertem Schrittmacher/Defibrillator	12,05 €
2920	Elektive elektrische (bis zu drei Stromstöße) oder pharmakologische Kardioversion <i>Die Leistung nach Nummer 2920 ist neben der Leistung nach Nummer 1105 nicht berechnungsfähig.</i>	35,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2921	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2920 für mehr als drei Stromstöße	17,79 €
2922	Kipptisch-Untersuchung mittels eines Kipptisches mit einem Kippwinkel von mindestens 60 Grad, einschließlich Überwachung durch EKG-Monitoring und Blutdruckmessungen, ggf. einschließlich pharmakologischer Testungen(en), je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	91,93 €
2923	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2922 für die Messung des intrakraniellen Blutflusses mittels PW-Doppler-Verfahren im Rahmen einer Kipptisch-Untersuchung, je Sitzung	19,11 €
2925	Langzeitblutdruckmessung, Dauer 18 bis 36 Stunden, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	19,37 €
2926	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2925 für eine Aufzeichnungsdauer von mehr als 36 Stunden	8,04 €
2927	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 27,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2927, 2928 oder 2929 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2927 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2927 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2927 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
2928	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 27,00 EUR bis zu 50,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2927, 2928 oder 2929 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2928 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2928 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2928 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2929	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 50,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2927, 2928 oder 2929 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2929 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2929 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 2929 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
2930	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Samstag, Sonntag oder Feiertag <i>Die Leistung nach Nummer 2930 ist neben der Leistung nach Nummer 2910 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate können als Nutzungspauschale Kosten in Höhe von 100 Euro pro Quartal für den Transmitter als Auslagen separat berechnet werden. Die Auslagen von 100 EUR je Quartal dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Die tatsächlichen Auslagen sind auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nachzuweisen.</i> <i>Darüberhinausgehende Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.</i>	6,99 €
2931	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Werktag außer Samstag <i>Die Leistung nach Nummer 2931 ist neben der Leistung nach Nummer 2910 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate können als Nutzungspauschale Kosten in Höhe von 100 Euro pro Quartal für den Transmitter als Auslagen separat berechnet werden. Die Auslagen von 100 EUR je Quartal dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Die tatsächlichen Auslagen sind auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nachzuweisen.</i> <i>Darüberhinausgehende Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.</i>	5,04 €
2932	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels externer Messgeräte telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Samstag, Sonntag oder Feiertag <i>Die Leistung nach Nummer 2932 ist neben der Leistung nach Nummer 2910 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.</i>	14,89 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
2933	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels externer Messgeräte telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Werktag außer Samstag <i>Die Leistung nach Nummer 2933 ist neben der Leistung nach Nummer 2910 nicht berechnungsfähig. Die Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.</i>	9,79 €

Vertraulich

III. Invasive Kardiologie**05.03****Allgemeine Bestimmungen**

Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese kann für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern die Blutstillung aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit so aufwendig ist, dass die Interventions- bzw. Schnitt-Naht Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen. Die medizinische Indikation und der Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung der Blutstillung müssen in der Rechnung angegeben werden.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3000	Intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion, soweit nicht in anderen Leistungen enthalten	30,00 €
3001	Linksherzkatheteruntersuchung mit Sondierung eines großen Herzkranzgefäßes oder mehrerer großer Herzkranzgefäße (RIVA, RCA, RCX) oder eines Bypasses, einschließlich - Infiltrationsanästhesie - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengabe (systemisch) - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Punktion (modifizierte Seldingertechnik oder Sones-Technik (Gefäßfreilegung)) - Einbringen einer konventionellen Schleuse - Vorlegen und Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - Vorbringen und Positionieren eines Katheters - Einbringen von Medikamenten über einen Katheter - Bestimmung einer Blutgasanalyse - Sondierung des zu untersuchenden Herz- oder Gefäßanteils - Entfernen der Schleuse und Gefäßabdrückung, Verband - Durchleuchtungsleistungen zum Kathetervorbringen und Positionieren - Einbringen von Kontrastmittel in den Katheter - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich - transseptaler Sondierung des linken Vorhofes (außer transseptale Punktion) - zentralvenöser, arterieller oder aortaler Druckmessung Die Leistung nach Nummer 3001 ist neben der Leistung nach Nummer 3009 nicht berechnungsfähig.	548,04 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3002	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für intravaskuläre sonographische Untersuchung zur Beurteilung von Koronarstenosen, ggf. einschließlich Plaquevermessung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3002 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	174,33 €
3004	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für die Sondierung eines weiteren Bypasses oder von Bypässen, je Sitzung	95,99 €
3006	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für die Anwendung besonderer (Mess-)Verfahren (z.B. fraktionale Flussreserve (FFR), Optische Kohärenztomographie (OCT), instantaneous wave-free Ratio (iFR)), je Sitzung	91,23 €
3007	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für die perkutane Septumablation (z.B. transkoronare Ablation der Septumhypertrophie (TASH)), einschließlich echokardiographischen Leistungen und passagerem Schrittmacher	418,40 €
3008	Intervention im Anschluss an die Leistung nach Nummer 3001, einschließlich - selektiver Sondierung zu(r) optimalen Läsionsprojektion(en) - transluminaler Dilatation und Rekanalisation einer Koronararterie - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengaben (ohne Thrombolyse oder i.v. Plättchenhemmer) - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Punktion (modifizierte Seldingertechnik oder Sones-Technik (Gefäßfreilegung)) - Einbringen einer konventionellen Schleuse - Vorlegen und Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - Vorbringen und Positionieren eines Katheters - Einbringen von Medikamenten über einen Katheter - Bestimmung einer Blutgasanalyse - Entfernen der Schleuse und Gefäßabdrückung - Durchleuchtungsleistungen zum Kathetervorbringen und Positionieren - Einbringen von Kontrastmittel in den Katheter - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich - erneuter Infiltrationsanästhesie - zentralvenöser, arterieller oder aortaler Druckmessung, je Herzkranzgefäß <i>Das behandelte Herzkranzgefäß ist in der Rechnung anzugeben.</i>	250,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3009	Spezielle, nicht-koronare Diagnostik des Herzens, einschließlich - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengaben (ohne Thrombolyse oder i.v. Plättchenhemmer) - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Punktion (modifizierte Seldingertechnik oder Sones-Technik (Gefäßfreilegung)) - Einbringen einer konventionellen Schleuse - Vorlegen und Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - Vorbringen und Positionieren eines Katheters - Einbringen von Medikamenten über einen Katheter - Bestimmung einer Blutgasanalyse - Sondierung des zu untersuchenden Herz- oder Gefäßanteiles - Entfernen der Schleuse und Gefäßabdrückung, Verband - Durchleuchtungsleistungen zum Kathetervorbringen und Positionieren - Einbringen von Kontrastmittel über einen Katheter - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich - Infiltrationsanästhesie - transseptaler Sondierung des linken Vorhofes (außer transseptale Punktion) - zentralvenöser, arterieller oder aortaler Druckmessung	550,00 €
3010	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für die Durchführung einer Laevo-/Dextrokardiographie, einschließlich - Vorbringen/Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - retrograder oder antegrader Sondierung des linken Ventrikels unter Durchleuchtung - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengabe - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Einbringen von Kontrastmittel über einen Katheter, ggf. mit Injektionspumpe - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich arterieller, aortaler oder ventrikulärer Druckmessung und -analyse	65,00 €

Die Leistung nach Nummer 3009 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 13278 oder 13279 nicht berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3011	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für die Durchführung einer Laevo-/Dextrokardiographie bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich - Vorbringen/Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - retrograder oder antegrader Sondierung des linken Ventrikels unter Durchleuchtung - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengabe - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Einbringen von Kontrastmittel über einen Katheter, ggf. mit Injektionspumpe - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich arterieller, aortaler oder ventrikulärer Druckmessung und -analyse <i>Der Zuschlag nach Nummer 3011 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3010, 3095, 3096 oder 3097 nicht berechnungsfähig.</i>	90,65 €
3012	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für die transfemorale Implantation einer künstlichen Herzklappe, ggf. einschließlich - Einbringen eines transvenösen passageren Schrittmachers - Einbringen eines Einschwemmkatheters zum hämodynamischen Monitoring - Valvuloplastie(n) - Nachdilatation der Klappe	570,00 €
3013	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für Verschluss eines Vorhofseptumdefektes oder eines persistierenden Foramen ovale	200,00 €
3014	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für den interventionellen Verschluss des linken Vorhofohres mittels Okkluder, ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie	200,00 €
3015	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für Herzklappensprengungen (Valvuloplastien)	145,00 €
3016	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für Ventrikelseptumverschlüsse, ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie, insgesamt	333,96 €
3017	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für den Verschluss einer offenen pathologischen Gefäßverbindung, ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie, insgesamt	160,41 €
3018	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für Erweiterung der Lungen-/Hauptschlagader sowie deren Abgänge	333,96 €
3019	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3009 für Untersuchung komplexer angeborener Vitien	108,75 €
	<i>Als komplexe Herzfehler gelten AV-Kanal, Ebstein, Fallot, fehleinmündende Lungenvenen, single ventricle, Shone-Komplex, DORV, Hypoplastisches Linksherzsyndrom, TGA, Truncus Arteriosus communis, Ductus Botalli, Aortenisthmusstenose oder vergleichbar komplexe Herzfehler.</i>	

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3020	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3009 für pharmakologische Testung(en) bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr mit angeborenen Herzfehlern und/oder pulmonaler Hypertonie <i>Der Zuschlag nach Nummer 3020 ist neben der Leistung nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 nicht berechnungsfähig.</i>	27,19 €
3021	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3009 für die Radiofrequenzperforation im Herzen, an einer Herzklappe oder an herznahen Gefäßen, bei Kindern bis einschließlich 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3021 ist neben der Leistung nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 nicht berechnungsfähig.</i>	27,19 €
3022	Elektive Koronarintervention, einschließlich - Infiltrationsanästhesie - aller erforderlichen Infusion(en) - Medikamentengaben (ohne Thrombolyse oder i.v. Plättchenhemmer) - kontinuierlicher Patientenüberwachung mittels EKG - Punktion (modifizierte Seldingertechnik oder Sones-Technik (Gefäßfreilegung)) - Einbringen einer konventionellen Schleuse - Vorlegen und Entfernen eines Führungsdrahtes unter Durchleuchtung - Vorbringen und Positionieren eines Katheters - Einbringen von Medikamenten über einen Katheter - Bestimmung einer Blutgasanalyse - Entfernen der Schleuse und Gefäßabdrückung, Verband - Durchleuchtungsleistungen zum Kathetervorbringen und Positionieren - Einbringen von Kontrastmittel in den Katheter - Angiographieleistungen bis zu einer Serie, ggf. einschließlich zentralvenöser, arterieller oder aortaler Druckmessung, je Herzkranzgefäß <i>Das behandelte Herzkranzgefäß ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3022 ist in einer Sitzung neben der Leistung nach Nummer 3001 nicht berechnungsfähig.</i>	572,19 €
3024	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3022 für die Implantation eines oder mehrerer Stents oder den Einsatz alternativer Angioplastiemethoden, je Gefäß	140,00 €
3025	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3022 für den Einsatz von Protektionssystemen (Embolieschutzsysteme)	130,00 €
3030	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3008 oder 3022 für die Wiedereröffnung eines chronisch verschlossenen Gefäßes bei einer Interventionsdauer über 60 Minuten <i>Die Interventionsdauer und das behandelte Gefäß sind in der Rechnung anzugeben.</i>	176,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3031	Perkutane Anlage einer intraaortalen Ballonpumpe (IABP), einschließlich aller zur Anlage des Systems erforderlichen Leistungen wie z.B. - Infiltrationsanästhesie(n) - Vorbringen eines Führungsdrahtes - Durchleuchtungsleistungen - kontinuierlicher Patientenüberwachung durch Beobachtung und Registrierung des EKG - Einstellen des Unterstützungssystems, ggf. einschließlich - Beobachtung und Registrierung des aortalen Drucks - Gefäßpunktion oder -freilegung - Einbringen einer Schleuse - Einbringen von Arzneimitteln über einen Katheter	205,13 €
3032	Perkutane Anlage eines perkutanen Herz-Unterstützungssystems außer einer intraaortalen Ballonpumpe, einschließlich aller zur Anlage des Systems erforderlichen Leistungen wie z.B. - Infiltrationsanästhesie(n) - Vorbringen eines Führungsdrahtes - Durchleuchtungsleistungen - kontinuierlicher Patientenüberwachung durch Beobachtung und Registrierung des EKG - Einstellen des Unterstützungssystems, ggf. einschließlich - Beobachtung und Registrierung des aortalen Drucks - Gefäßpunktion oder -freilegung - Einbringen einer Schleuse - Einbringen von Arzneimitteln über einen Katheter	242,94 €
3033	Entfernung eines liegenden perkutan implantierten Herz-/Kreislaufunterstützungssystems, einschließlich - aller Durchleuchtungsleistungen - Entfernen der Schleuse - Druckverband	93,12 €
3034	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3022 oder 3033 für arteriellen Gefäßverschluss durch gesondertes System nach Schleusenentfernung, einschließlich Kontrastmitteleinbringung, Angiographie und Durchleuchtung	60,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3035	Invasive elektrophysiologische kardiologische Untersuchung durch Einführung von bis zu drei bi- oder multipolaren Elektrodenkathetern unter kontinuierlicher EKG- und Röntgenkontrolle, einschließlich - Infiltrationsanästhesie(n) - Punktion - Einbringen von bis zu drei konventionellen Schleusen; Vorbringen und Positionieren von bis zu drei Kathetern - aller erforderlichen Infusion(en) - Durchleuchtungsleistungen - EKG-Registrierung - Medikamentengabe (z.B. Heparin) - Katheterentfernung, manueller Kompression und Verband, ggf. einschließlich - transeptaler Sondierung des linken Vorhofs (außer transeptaler Punktion) - Sondierung des zu untersuchenden Herzanteils - Auswechseln eines oder mehrerer Katheter - Blutgasanalyse	490,00 €
3036	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 für den Einsatz von mehr als drei Elektrodenkathetern, je Katheter	121,52 €
3037	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 für medikamentöse Testung(en)	72,00 €
3039	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 für den Transfer und die Verwendung präinterventionell erstellter, externer 3D-Daten	20,39 €
3041	Katheterablation von Herzrhythmusstörungen, einschließlich - Erfolgskontrolle per EKG und intrakardiale Ableitungen - Stimulationsmanöver - medikamentöse Provokation(en), ggf. einschließlich ferngesteuerter Ablationsverfahren	585,51 €
3042	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3041 für aufwendige transeptale Punktion bei Vorhandensein eines septalen Implants oder Z.n. operativem Eingriff am Vorhofseptum oder für mehrfache transeptale Punktionen in derselben Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3042 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	99,00 €
3043	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3041 für transeptale Punktion(en)	99,00 €
3044	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3041 für die intrainerventionelle(n) sonographische(n) Kontrolle(en) der Ablation(en) (intrakardiales Echo)	52,43 €
3045	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3041 für Katheterablation(en) bei mehr als einer Entität von Rhythmusstörung	250,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3048	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3041 für die Ablation einer Rhythmusstörung im linken Vorhof oder einer Kammerrhythmusstörung bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3048 ist neben der Leistung nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 nicht berechnungsfähig.</i>	236,76 €
3049	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 oder 3041 für das konventionelle intrakardiale Mapping, ggf. einschließlich Re-Mapping (supra-)ventrikulärer Tachykardien unter radiologischer Kontrolle <i>Der Zuschlag nach Nummer 3049 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3050 nicht berechnungsfähig.</i>	83,00 €
3050	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 oder 3041 für die Anwendung von elektroanatomischen und vergleichbaren Mapping-Verfahren (z.B. 3D-Verfahren) <i>Der Zuschlag nach Nummer 3050 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3049 nicht berechnungsfähig.</i>	115,00 €
3051	Induktion und Terminierung von ventrikulären Tachyarrhythmien über den implantierten Defibrillator, ggf. einschließlich - Kurznarkose - programmierter rechtsventrikulärer Stimulation über den ICD - Anfertigung eines EKGs - Reprogrammierung des ICDs	101,00 €
3052	Anlage eines passageren Schrittmachers, einschließlich - Infiltrationsanästhesie - Venenpunktion - Elektrodeneinführung - Röntgenkontrolle - EKG-Kontrolle, ggf. einschließlich - Bestimmung der Elektroden-Impedanz - Bestimmung der Reizschwelle - Einstellung der Messung und Erkennung intrakardial abgeleiteter EKG-Signale (Sensing)	94,00 €
3053	Renale Denervation mittels Hochfrequenzstrom	237,20 €
3054	Optimierung der Resynchronisationstherapie durch Bestimmung des Einflusses der Schrittmachereinstellung (z.B. des AV-/VV-Intervalls) auf die Synchronität, mittels Echokardiographie, invasiver Druckmessung oder anhand von Messparametern des Aggregats, ggf. einschließlich Reprogrammierung	116,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3055	Rechtsherzkatheteruntersuchung mit Pulmonalisddruckmessung, einschließlich - Punktion - Einbringen einer konventionellen Schleuse; Vorbringen und Positionieren eines Katheters - aller erforderlichen Infusion(en) - angiographischer und/oder Durchleuchtungsleistungen bis zu einer Serie - Druckmessungen - EKG-Registrierung - Blutgasanalyse - Kontrastmittelgabe(n) - Medikamentengabe (z.B. Heparin) - Katheterentfernung, manueller Kompression und Verband, ggf. einschließlich - Infiltrationsanästhesie(n) - transseptaler Sondierung des linken Vorhofs (außer transseptaler Punktion) - HZV-Messung - Sondierung des zu untersuchenden Herzanteils - Auswechseln eines oder mehrerer Katheter über Führungsdrähte	105,00 €
3056	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3009 oder 3055 für die ergometrische Belastung	145,38 €
3057	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3009 oder 3055 für die ergometrische Belastung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3057 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3056, 3095, 3096 oder 3097 nicht berechnungsfähig.</i>	243,03 €
3058	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für die interventionelle Einengung einer insuffizienten Herzklappe (z.B. Clipping), einschließlich transösophagealer Echokardiographie, ggf. einschließlich - Einbringen eines transvenösen passageren Schrittmachers - Einbringen eines Einschwemmkatheters zum hämodynamischen Monitoring	445,28 €
3059	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3022 oder 3055 für angiographische und/oder Durchleuchtungsleistungen ab zwei Serien	108,00 €
3061	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für Myokardbiopsien	112,93 €
3062	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3022 oder 3055 für Koronarvenenkatheterisierung(en), je Gefäß	77,00 €
3063	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für transseptale Punktion(en), je Sondierung des linken Vorhofs und/oder der linken Herzkammer vom rechten Herzen ausgehend	138,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3064	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für Sondierung atypischer nicht-koronarer Gefäßabgänge bei einem angeborenen Herzfehler	101,00 €
3066	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3022, 3035, 3041 oder 3055 bei Beatmung des Patienten	17,97 €
3067	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3022, 3035, 3041 oder 3055 bei instabiler Hämodynamik mit Erfordernis kreislaufstabilisierender Maßnahmen <i>Die durchgeführten Maßnahmen sind in der Rechnung anzugeben. Wird ein Arzt einer anderen Fachgruppe zur Therapie der instabilen Hämodynamik hinzugezogen, ist der Zuschlag nach Nummer 3067 nicht berechnungsfähig.</i>	35,93 €
3068	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für kathetergestützte Stufenoxymetrie (z.B. zur Diagnostik eines Shunt-Vitiums)	53,90 €
3069	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035 oder 3055 für Platzierung von Kathetern im Koronarsinus oder auf der linken Seite	17,97 €
3070	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3035, 3041 oder 3055 für schwierigen Zugang mit Notwendigkeit von Drähtewechsel und/oder Verwendung eines oder mehrerer spezieller Katheter und/oder Verwendung einer langen Schleuse	29,44 €
3071	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3055 für interventionelle Eröffnung einer Pulmonalatresie mittels Punktion und anschließender Ballondilatation	256,43 €
3072	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3055 für pharmakologische Testung im kleinen Kreislauf, je Testserie	17,18 €
3073	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3009 oder 3055 für die Vorhofseptumerweiterung	162,58 €
3074	Implantation eines Schrittmachers, ggf. einschließlich - Implantation, Kontrolle der Elektrodenanschlüsse eines Schrittmachers - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs - Implantation einer Elektrode	706,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3075	Implantation eines ICD-Aggregats, ggf. einschließlich - Implantation, Kontrolle der Elektrodenanschlüsse eines ICD-Aggregates - Lokalanästhesie - nicht-invasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des ICD-Aggregats - Anfertigung eines EKGs - Implantation einer Elektrode	742,05 €
3076	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3074 oder 3075 für die Implantation eines biventrikulären Schrittmachers (drei Elektroden) mit Implantation einer transvenösen linksventrikulären Elektrode, einschließlich angiographischer Kontrolle(n) und Durchleuchtung(en)	124,00 €
3077	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3075 für jede weitere implantierte Elektrode	74,11 €
3078	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3074 oder 3075 für die Implantation eines Zweikammerschrittmachers rechtsventrikulär	75,93 €
3079	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3074 oder 3075 für die Verwendung einer Array-Sonde	37,49 €
3080	Implantation einer permanenten subendokardialen Elektrode, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs <i>Die Leistung nach Nummer 3080 ist neben der Leistung nach Nummer 3074 oder 3075 nicht berechnungsfähig.</i>	273,16 €
3081	Implantation eines kardialen Kontraktilitätsmodulators (CCM), ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver und invasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Systems - Anfertigung eines EKGs	529,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3082	Implantation von kathetergestützten permanenten Druckmesssystemen (Cardiomems) zur Therapieüberwachung bei Herzinsuffizienz, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Führungskatheter zur rechten Herzkammer zur Pulmonalarterie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Implantats - Anfertigung eines EKGs	431,88 €
3083	Implantation eines elektrodenlosen Schrittmachers, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Führungskatheter zur rechten Herzkammer - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	525,99 €
3084	Implantation eines subkutanen ICD-Aggregats, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des ICDs - Anfertigung eines EKGs	485,45 €
3085	Explantation eines Schrittmachers oder ICD-Aggregats, ggf. einschließlich - Abisolierung der Elektroden - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Anfertigen eines EKGs	153,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3086	Verlagerung eines Schrittmachers oder ICD-Aggregates (ggf. Seitenwechsel), ggf. einschließlich - lokale Revision bei Tascheninfektion - Abisolierung der Elektroden - Lokalanästhesie (bei infektionslosem Situs) - nichtinvasive Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	330,00 €
3087	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3075, 3085 oder 3086 für Explantation ohne komplexe technische Hilfen, Austausch, Revision bzw. Verlagerung einer permanenten transvenösen Elektrode, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	76,21 €
3089	Implantation eines Eventrecorders	140,00 €
3090	Explantation eines Eventrecorders	78,03 €
3091	Explantation ohne komplexe technische Hilfen, Austausch, Revision bzw. Verlagerung einer permanenten subkutanen oder epimyokardialen Elektrode, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	422,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3092	Explantation mit komplexen technischen Hilfen (z.B. mechanische oder Laserschleusen) einer permanenten transvenösen Schrittmacher- oder ICD-Elektrode, auch Abisolierung einer nicht extrahierbaren Elektrode, einschließlich Entfernung des Aggregats (Systemausbau), ggf. einschließlich - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Anfertigung eines EKGs, je Elektrode	631,40 €
3093	Aggregatwechsel bei Schrittmacher oder ICD	452,00 €
3094	Implantation und/oder Explantation ohne komplexe technische Hilfen, Austausch, Revision bzw. Verlagerung einer permanenten intravasalen Elektrode, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	241,42 €
3095	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 227,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3095 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3095 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3095 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3096	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 227,00 EUR bis zu 460,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3096 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3096 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3096 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
3097	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 460,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3095, 3096 oder 3097 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3097 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3097 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3097 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	50,00 €

IV. Gastroenterologie

05.04

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3200	H2-Atemtest, einschließlich - Verabreichung der Testsubstanz - Probeentnahmen - Messungen - zeitbezogener Dokumentation und Auswertung der H2-Konzentrationen, je Sitzung	38,45 €
3201	13C-Atemtest, z.B. zum Helicobacter-Nachweis, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahme(n), ohne Analyse, je Sitzung	26,22 €
3202	Einführung einer Magenverweilsonde, je Sitzung	23,87 €
3203	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie Rachen - bis zu fünf Probeexzisionen/Punktionen - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks, je Sitzung <i>Bei Ansatz der Nummer 3203 neben der Nummer 4968 ist die medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	158,91 €
3204	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203 für endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) von Ösophagus- und/oder Fundusvarizen, je Sitzung	73,52 €
3205	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203 für endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) von Ösophagus- und/oder Fundusvarizen bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3205 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3204, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	86,02 €
3206	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203 für die Einführung einer Dünndarmsonde, je Sitzung	55,14 €
3207	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203 für die Einführung einer Dünndarmsonde bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3207 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3206, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	64,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3208	Anlage oder Wechsel einer perkutan-endoskopischen Gastrostomie (PEG), ggf. einschließlich - Lokalanästhesie(n) - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - Wundversorgung, je Sitzung	220,49 €
3209	Anlage bzw. Wechsel einer perkutan-endoskopischen Jejunostomie (PEJ) oder Anlage einer Jet-PEG, je Sitzung, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie(n) - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - Wundversorgung	273,42 €
3210	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen, je Sitzung	87,28 €
3211	Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus und/oder des Magens und/oder des Oropharynx, einschließlich Sondeneinführung und Auswertung, ggf. einschließlich Lokalanästhesie Rachen, je Sitzung	93,41 €
3212	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3211 für die pH-Metrie mit einer mehrkanaligen intraluminalen Impedanzmessung	30,34 €
3213	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3211 für die kabellose pH-Metrie	16,25 €
3214	Tiefe Jejunoskopie unter Anwendung eines Push-Enteroskops oder Ballon-Enteroskops, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie des Rachens - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - bis zu fünf Probeexzisionen, je Sitzung	612,20 €
3215	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3214 für tiefe Jejunoskopie von anal	91,90 €
3216	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3214 für tiefe Jejunoskopie von anal bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3216 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3215, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	107,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3217	Diagnostische retrograde Darstellung des Gallengangs und/oder des Pankreasgangs (Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie - ERCP), einschließlich Entnahme von Sekret(en), ggf. einschließlich - Biopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - Lokalanästhesie Rachen - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - bis zu fünf Probeexzisionen und/oder -punktionen, je Sitzung	365,14 €
3218	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3217 für die therapeutische retrograde Darstellung des Gallengangs und/oder des Pankreasgangs, einschließlich endoskopischer Sondierung(en), Papillotomie und/oder Lithotripsie(n) und/oder Steinextraktion(en), je Sitzung	118,10 €
3219	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3217 für die Cholangioskopie	59,05 €
3220	Totale Koloskopie bis zum Zökum, einschließlich rektal digitaler Untersuchung - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks, - bis zu fünf Probeexzisionen, je Sitzung	246,04 €
3221	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3220 für die Passage der ileozökalen Klappe, ggf. einschließlich Probeexzision(en) aus dem terminalen Ileum	36,76 €
3222	Partielle Koloskopie mit Erreichen und/oder Passage des Kolon transversum, einschließlich rektal digitaler Untersuchung, ggf. einschließlich - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks, - bis zu fünf Probeexzisionen, je Sitzung	154,03 €
3223	Partielle Koloskopie mit Passage des Kolon sigmoideum (Sigmoidoskopie), einschließlich rektal digitaler Untersuchung, ggf. einschließlich - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - bis zu fünf Probeexzisionen, je Sitzung	143,60 €
3224	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Durchführung von mehr als fünf Probeexzisionen, je Sitzung	36,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3225	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für Entfernung(en) von Fremdkörpern und/oder Stent(s) und/oder Magenballon und/oder perkutanen-endoskopischen Gastro- oder Jejunostomien	91,90 €
3226	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für Entfernung(en) von Fremdkörpern und/oder Stent(s) und/oder Magenballon und/oder perkutanen-endoskopischen Gastro- oder Jejunostomien bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3226 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3225, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	107,52 €
3227	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Platzierung einer selbst-expandierenden Prothese (Stent), ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese	73,85 €
3228	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Platzierung einer selbst-expandierenden Prothese (Stent) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese <i>Der Zuschlag nach Nummer 3228 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3227, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	86,41 €
3229	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Platzierung nicht selbst-expandierenden Prothese (Stent) oder Implantation eines Magenballons, ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese	55,39 €
3230	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Platzierung nicht selbst-expandierenden Prothese (Stent) oder Implantation eines Magenballons bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese <i>Der Zuschlag nach Nummer 3230 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3229, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	64,81 €
3231	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für die Entfernung von bis zu drei Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Sitzung	55,14 €
3232	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für die Entfernung eines Polypen ab dem 4. Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Polyp	25,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3233	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für die Entfernung eines Polypen von mehr als 10 mm im Durchmesser mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Polyp	25,73 €
3234	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für die chromoendoskopische Untersuchung oder die Untersuchung mittels optischer Verfahren (Narrow Band Imaging (NBI) und/oder Blue Light Imaging (BLI)/Light Color Imaging (LCI) und/oder ähnliche Bildgebungsverfahren), je Sitzung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für alle oberflächlich applizierten Substanzen abgegolten.</i>	36,76 €
3235	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für Mukosektomie(n) mittels Schlinge oder Kappe oder Ligatur, ggf. einschließlich Unterspritzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3235 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	110,78 €
3236	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3220, 3222 oder 3223 für die Submukosa-Dissektion, einschließlich Unterspritzung, je Sitzung	443,13 €
3237	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Behandlung(en) mittels Clipping oder Ligatur oder Unterspritzung, <i>Der Zuschlag nach Nummer 3237 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	55,14 €
3238	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für endoskopische Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en), je Sitzung	48,16 €
3239	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für Ballondilatation oder Bougierung, je Sitzung	110,78 €
3240	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für Ballondilatation oder Bougierung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3240 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3239, 3246, 3247 oder 3248 nicht berechnungsfähig.</i>	129,61 €
3241	Manometrie des Ösophagus, einschließlich Sondeneinführung und Auswertung, ggf. einschließlich Lokalanästhesie Rachen, je Sitzung	74,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3242	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3241 für High-Resolution Manometrie <i>Die Kosten für die Sonde sind neben dem Zuschlag nach Nummer 3242 nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	133,99 €
3243	Langzeit-Manometrie über mindestens 18 Stunden im oberen Gastrointestinaltrakt, einschließlich Sondeneinführung und Auswertung, ggf. einschließlich Lokalanästhesie Rachen, je Sitzung	121,86 €
3244	Kapselendoskopie des Dünndarms, bei Patienten, bei denen eine Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes nicht möglich oder kontraindiziert ist, oder bei denen eine vorherige Endoskopie zur Klärung der Fragestellung nicht ausreichend war, oder bei denen die Endoskopie mit einem erhöhten Perforations- oder Blutungsrisiko oder Sedierungsrisiko verbunden ist (z.B. aufgrund einer Medikation mit Antikoagulantien, Vorliegen von Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Hypovolämie, Unverträglichkeiten gegen Pharmaka zur Sedierung oder Anästhesie etc.), einschließlich Auswertung des Bildmaterials	353,05 €
3245	Kapselendoskopie des Dickdarms, bei Patienten, bei denen eine Koloskopie nicht möglich oder kontraindiziert ist, oder bei denen eine vorherige Koloskopie zur Klärung der Fragestellung nicht ausreichend war, oder bei denen die Koloskopie mit einem erhöhten Perforations- oder Blutungsrisiko oder Sedierungsrisiko verbunden ist (z.B. aufgrund einer Medikation mit Antikoagulantien, Vorliegen eines Bauchaortenaneurysmas, Vorliegen von Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, Hypovolämie, Unverträglichkeiten gegen Pharmaka zur Sedierung oder Anästhesie etc.), einschließlich Auswertung des Bildmaterials	439,29 €
3246	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 94,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3246, 3247 oder 3248 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3246 ist für die Durchführung an einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3246 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3246 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3247	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 94,00 EUR bis zu 222,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3246, 3247 oder 3248 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3247 für die Durchführung an einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3247 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3247 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
3248	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 222,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3246, 3247 oder 3248 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3248 für die Durchführung an einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3248 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3248 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

V. Proktologie**05.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3300	Diagnostische anorektale Manometrie, einschließlich rektal digitaler Untersuchung, Sondeneinführung und Auswertung, je Sitzung	69,29 €
3301	Rektoskopie mit starrem Instrument oder Rektumsaugbiopsie, einschließlich rektal digitaler Untersuchung, ggf. einschließlich bis zu fünf Probiopsien, je Sitzung	67,59 €
3302	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Durchführung von mehr als fünf Probiopsien, je Sitzung	27,33 €
3303	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für Entfernung(en) von Fremdkörpern und/oder Stent(s)	23,93 €
3304	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Platzierung einer selbst-expandierenden Prothese (Stent), ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese	47,87 €
3305	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Platzierung einer nicht selbst-expandierenden Prothese (Stent), ggf. einschließlich vorheriger Dilatation, je Prothese	27,52 €
3306	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Entfernung von bis zu drei Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Sitzung	35,90 €
3307	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Entfernung von mehr als drei Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Polyp	11,97 €
3308	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Entfernung eines Polypen von mehr als 10 mm im Durchmesser mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge, ggf. einschließlich Bergung, je Polyp	23,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3309	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für Mukosektomie(n) mittels Schlinge oder Kappe oder Ligatur, ggf. einschließlich Unterspritzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3309 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	59,83 €
3310	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Submukosa-Dissektion, einschließlich Unterspritzung, je Sitzung	78,07 €
3311	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Behandlung(en) mittels Clipping oder Ligatur oder Unterspritzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3311 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	39,04 €
3312	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für endoskopische Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en), je Sitzung	35,90 €
3313	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für Ballondilatation oder Bougierung, je Sitzung	27,52 €
3314	Proktoskopie mit starrem Instrument, einschließlich rektal digitaler Untersuchung, ggf. einschließlich Probiopsie(n), je Sitzung	34,14 €
3315	Proktologische Untersuchung mit dem Spreizspekulum	21,62 €
3316	Untersuchung von Analfisteln mit der Sonde, ggf. einschließlich - Instillation und Anfärbung - rektal digitaler Untersuchung, je Sitzung	20,37 €
3317	Behandlung von Hämorrhoiden durch Sklerosierung mittels Injektion, ggf. einschließlich rektal-digitaler Untersuchung, je Sitzung	39,15 €
3318	Behandlung von Hämorrhoiden mittels elastischer Ligatur oder Entfernen eines Schleimhautvorfalls, ggf. einschließlich rektal digitaler Untersuchung, je Sitzung	59,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3319	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, einschließlich rektal digitaler Untersuchung, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 3319 ist neben der Leistung nach Nummer 3220, 3222, 3223, 3301, 3314, 3315, 3317 oder 3318 nicht berechnungsfähig.</i>	28,10 €
3320	Digitale Ausräumung des Mastdarms, je Sitzung	48,36 €
3321	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 33,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3321, 3322 oder 3323 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3321 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3321 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 3321 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
3322	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 33,00 EUR bis zu 53,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3321, 3322 oder 3323 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3322 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3322 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 3322 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3323	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 53,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3321, 3322 oder 3323 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3323 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3323 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 3323 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

VI. Nephrologie

05.06

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren abgegolten sind alle Kosten für regelmäßige auf die Dialyseprozedur bezogene Beratungen und Untersuchungen, Anfertigung und Auswertung der Dialyse- bzw. Behandlungsprotokolle, Anpassung von Sollgewicht und Dialyseregime sowie orientierende Kontrollen des Dialyseseshunts.
2. Wird die technische Dialyseleistung nicht durch den Arzt oder in seinem Auftrag erbracht, sondern durch eine selbständige gemeinnützig-ambulante Dialyseeinrichtung aufgrund eines eigenen Behandlungsvertrages mit dem Patienten, sind die Vergütungen für den Arzt nach Nummer 3400, 3402, 3403, 3407, 3413 und/oder 3414 zu mindern. Die Minderung beträgt 83% bei Nummer 3400, 76% bei Nummer 3402, 75% bei Nummer 3403, 80% bei Nummer 3407, 94% bei Nummer 3413 und 81% bei Nummer 3414. Neben den geminderten Gebühren darf der Arzt Sachkosten nach § 10 GOÄ nicht berechnen; die §§ 7 bis 9 GOÄ bleiben unberührt.
3. Nicht gesondert berechnungsfähig sind die Betriebskosten einer Dialyseeinrichtung wie z.B. Geräte, die der Durchführung von Nierenersatzverfahren oder therapeutischen extrakorporalen Eliminationsverfahren dienen sowie Energiekosten und Kosten für Wasser und dessen Aufbereitung.
4. Für Materialien im Sinne von § 10 im Rahmen von Nierenersatzverfahren oder therapeutischen extrakorporalen Eliminationsverfahren ist die Berechnung folgender Pauschalen zulässig:
 - I. Pauschale für Dialysate, Filter, Schlauchsystem und Punktionsnadeln (einschließlich für Single-Needle-Dialyse), Sterilfilter, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze, Heparin (auch zur Katheterblockung) für Hämodialyse nach Nummer 3402, 3403 oder 3407 in Höhe von 32,35 Euro
 - II. Pauschale für Dialysate, Filter, Schlauchsystem und Punktionsnadeln, Sterilfilter, Substituatlösungen, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze, Heparin (auch zur Katheterblockung) für Hämofiltration/Hämodiafiltration nach Nummer 3402, 3403 oder 3407 in Höhe von 33,66 Euro
 - III. Pauschale für Dialysate, Schlauchsystem und Konnektor-Wechsel, Leerbeutel, Verbandsmaterial für Peritonealdialyse (CAPD) nach Nummer 3400 oder 3414 in Höhe von 44,77 Euro. Neben der Pauschale sind eine parenterale Ernährung über Peritoneallösungen und notwendige Überleitungswechsel gesondert über § 10 berechnungsfähig.
 - IV. Pauschale für Dialysate, Schlauchsystem und Konnektor-Wechsel, Leerbeutel, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung für Peritonealdialyse (CCPD/APD) nach Nummer 3400, 3401 oder 3413 in Höhe von 50,96 Euro. Neben der Pauschale sind eine parenterale Ernährung über Peritoneallösungen und notwendige Überleitungswechsel gesondert über § 10 berechnungsfähig.
 - V. Pauschale für Spüllösung, Filter/Adsorber, Schlauchsystem und Punktionsnadeln, Antikoagulant-Lösungen, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze, Heparin für Lipoprotein-Apherese nach Nummer 3410 in Höhe von 837,79 Euro
 - VI. Pauschale in Verbindung mit Pauschale I oder II für zusätzliches Schlauchsystem je Zitrat- und Calciumlösung, Perfusorspritze, Calcium i.v., Zitratlösung für Citratantikoagulation nach Nummer 3411 in Höhe von 51,37 Euro
 - VII. Pauschale, auch in Verbindung mit Pauschale I, II, III oder IV für zusätzliche Materialkosten und zusätzliche Kosten für Einmalwäsche und Mehrkosten der Wäschereinigung bei Behandlung von Patienten nach Nummer 3416 in Höhe von 9,78 Euro

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3400	Kontinuierliche ärztliche Betreuung inklusive Rufbereitschaft bei Durchführung einer Peritonealdialyse als Heimdialyseverfahren, je Kalendertag	85,92 €
3401	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400 bei Durchführung einer Peritonealdialyse mittels kontinuierlicher zyklischer Peritonealdialyse (CCPD) unter Verwendung eines Cyclers	5,19 €
3402	Kontinuierliche ärztliche Betreuung inklusive Rufbereitschaft bei Durchführung von Hämodialyse als Heimdialyse, je Dialyse	160,81 €
3403	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Hämodialyse oder Hämofiltration, je Dialyse	207,68 €
3404	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403, 3413 oder 3414 bei Patienten mit Demenz mit Agitiertheit und Sedierungsbedürftigkeit und/oder bei dekompensierter Leberzirrhose mit hämorrhagischer Diathese <i>Der Zuschlag nach Nummer 3404 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 nicht berechnungsfähig.</i>	53,93 €
3405	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403 bei Patienten mit - Zustand nach zerebralem Insult mit Hemi- oder Tetraparese bzw. Plegie - Diabetes mellitus mit therapieresistenter Polyneuropathie und/oder - Herzinsuffizienz Grad III-IV mit dokumentiertem Mehraufwand durch rezidivierendes Kreislaufversagen	81,18 €
3406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403 bei mehr als sechs Stunden Dialysedauer	96,87 €
3407	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Limited-Care-Dialyse, je Dialyse <i>Während der Limited-Care-Dialyse muss der Arzt in Rufbereitschaft erreichbar sein.</i>	195,67 €
3408	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Plasmapherese bzw. eines Plasmaaustauschs (unselektiv), je Plasmapherese bzw. Plasmaaustausch	218,45 €
3409	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403 oder 3408 bei notfallmäßiger Durchführung im Dialysezentrum oder unter stationären Bedingungen, z.B. aufgrund von - lebensbedrohlicher akuter Hyperkaliämie - Lungenödem mit drohender Beatmungspflicht, deren Abwendung durch Sofortdialyse noch möglich erscheint - urämischer Perikarditis mit hämodynamisch relevantem Perikarderguss in der Echokardiographie - schwerer urämischer Enzephalopathie und/oder - lebensbedrohlicher Vergiftung mit dialysablen Substanzen	198,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3410	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Apherese (selektiv) oder extrakorporalen Photopherese, auch Lipid-Apherese, je Apherese	218,72 €
3411	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403, 3408 oder 3410 bei Citratantikoagulation	27,24 €
3412	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Immunapherese/Adsorption hydrophober Substanzen, je Apherese <i>Die Berechnung von Spüllösung, Filter/Adsorber, Schlauchsystem und Punktionsnadeln, Antikoagulanzen-Lösungen, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze und Heparin erfolgt nach § 10. Alle anderen Materialien sind durch den Ansatz der Nummer 3412 abgegolten.</i>	315,27 €
3413	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer intermittierenden Peritonealdialyse im Dialysezentrum oder unter stationären Bedingungen, unter Verwendung eines Cyclers, je Dialyse	253,95 €
3414	Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse CAPD) im Dialysezentrum oder unter stationären Bedingungen, je Kalendertag	193,00 €
3415	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3403, 3407 oder 3414 für die intensivierte Betreuung bei Durchführung einer Trainingsdialyse zur Vorbereitung auf ein Heimdialyseverfahren <i>Der Zuschlag nach Nummer 3415 ist innerhalb der ersten zwei Monate nach Erstdialyse bis zu 25-mal berechnungsfähig.</i>	266,61 €
3416	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3402, 3403, 3407, 3408, 3410, 3413 oder 3414 bei Patienten mit Infektionen folgender Art, wie z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, Humanes Immundefizienz-Virus (HIV) und/oder multiresistente Keime <i>Der Zuschlag nach Nummer 3416 ist im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3400 oder 3402 nur bei Hausbesuch des Arztes und/oder des Dialysepersonals berechnungsfähig.</i>	73,27 €
3417	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3413 oder 3414 für den peritonealen Äquilibrationstest mit einer Verweilzeit von mindestens vier Stunden	243,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3418	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 205,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch eine zur Behandlung von Kindern personell und technisch ausgestattete pädiatrische Dialyseeinrichtung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3418 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3418 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3418 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	95,23 €
3419	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 205,00 EUR bis zu 225,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch eine zur Behandlung von Kindern personell und technisch ausgestattete pädiatrische Dialyseeinrichtung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3419 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3419 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3419 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	459,10 €
3420	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 225,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch eine zur Behandlung von Kindern personell und technisch ausgestattete pädiatrische Dialyseeinrichtung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3420 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3420 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3420 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	485,87 €

VII. Pneumologie

05.07

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3500	Hyperventilationsprüfung unter kontrollierten Bedingungen	5,47 €
3501	Oxymetrische Messung(en) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, auch Messung nach Belastung, bis zu zweimal je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 3501 ist neben der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1508, 1509, 3507 oder 3522 nicht berechnungsfähig.</i>	8,88 €
3502	Mehrfache oxymetrische Messungen als Langzeitbeobachtung (Mindestanzahl 6 Messungen), auch als kontinuierliche Messung, Dauer mindestens 6 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 3502 ist neben der Leistung nach Nummer 1501, 1502, 1509, 1510, 3507 oder 3508 nicht berechnungsfähig.</i>	47,93 €
3503	Bestimmung des Atemwiderstandes nach der Verschlussdruckmethode oder der Oszillationsmethode, einschließlich graphischer Registrierung <i>Die Leistung nach Nummer 3503 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 (inhalative Provokation) oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 (Laufbelastung) bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	13,35 €
3504	Ruhe-spirographische Untersuchung mit fortlaufend registrierenden Methoden, einschließlich graphischer Registrierung, Flussvolumenkurve <i>Die Leistung nach Nummer 3504 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 (inhalative Provokation) oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 (Laufbelastung) bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	36,39 €
3505	Messung(en) der Atemmuskelfunktion <i>Die Leistung nach Nummer 3505 ist auch bei Anwendung mehrerer Verfahren nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	23,78 €
3506	Impulsoszillometrie <i>Die Leistung nach Nummer 3506 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 (inhalative Provokation) oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 (Laufbelastung) bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	26,71 €
3507	Spiroergometrische Untersuchung und Darstellung der Flussvolumenkurve, mit kontinuierlicher Bestimmung von O₂ und CO₂ in der Expirationsluft, in Ruhe und unter Belastung, bei einem Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation, ggf. einschließlich oxymetrischer Messung(en)	144,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3508	Spiroergometrische Untersuchung und Darstellung der Flussvolumenkurve, mit kontinuierlicher Bestimmung von O₂ und CO₂ in der Expirationsluft, in Ruhe und unter Belastung, bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation, ggf. einschließlich oxymetrischer Messung(en)	115,43 €
3509	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3507 oder 3508 für die Verwendung eines Handergometers	12,79 €
3510	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwiderstands) bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, einschließlich vierstündiger Nachbeobachtung <i>Die Leistung nach Nummer 3510 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3510 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.</i>	313,28 €
3511	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwiderstands) bei einem Kind ab dem 4. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, einschließlich ruhespirographischer Untersuchung mit fortlaufenden registrierenden Methoden und graphischer Registrierung, Flussvolumenkurve <i>Die Leistung nach Nummer 3511 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 (inhalative Provokation) oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 (Laufbelastung) bis zu viermal oder in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 1020 bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3511 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.</i>	94,41 €
3512	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwiderstands) bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, einschließlich ruhespirographischer Untersuchung mit fortlaufenden registrierenden Methoden und graphischer Registrierung, Flussvolumenkurve <i>Die Leistung nach Nummer 3512 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 (Reversibilitätstestung) bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 (inhalative Provokation) oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 (Laufbelastung) bis zu viermal oder in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 1020 bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3512 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.</i>	71,27 €
3513	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für standardisierte Laufbelastung, einschließlich oxymetrischer Messung(en)	32,80 €
3514	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für standardisierte Laufbelastung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich oxymetrischer Messung(en) <i>Der Zuschlag nach Nummer 3514 ist neben der Leistung nach Nummer 3513, 3542, 3543 oder 3544 nicht berechnungsfähig.</i>	38,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3515	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für Applikation pharmakodynamischer Substanzen zur Prüfung der Reversibilität einer Atemfunktionsstörung	5,50 €
3516	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für Applikation pharmakodynamischer Substanzen zur Prüfung der Reversibilität einer Atemfunktionsstörung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 3516 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3515, 3542, 3543 oder 3544 nicht berechnungsfähig.</i>	6,44 €
3517	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für unspezifischen quantitativen inhalativen Provokationstest, einschließlich Nachbetreuung und -beobachtung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3517 ist neben der Leistung nach Nummer 1020 nicht berechnungsfähig.</i>	21,90 €
3518	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für unspezifischen quantitativen inhalativen Provokationstest bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich Nachbetreuung und -beobachtung <i>Der Zuschlag nach Nummer 3518 ist neben der Leistung nach Nummer 1020, 3517, 3542, 3543 oder 3544 nicht berechnungsfähig.</i>	25,63 €
3519	Transkutane Messung des CO₂- und ggf. O₂-Partialdrucks als Langzeitmonitoring von mindestens vier Stunden Dauer, z.B. bei Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung von einer Beatmungstherapie	68,61 €
3520	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität	37,02 €
3521	Messung von Stickstoffmonoxid (NO) in der Expirationsluft	22,24 €
3522	Gehstest von mindestens sechs Minuten Dauer, Bestimmung der maximalen Gehstrecke, ggf. einschließlich - der Bewertung der subjektiven Belastbarkeit mittels evaluierter Instrumente, - oxymetrischer Messung(en)	30,65 €
3523	Bronchoskopie mit flexiblem Gerät bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, einschließlich Schleimhautanästhesie, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung <i>Die Leistung nach Nummer 3523 ist vom selben Arzt neben der Leistung nach Nummer 1700, 1701 oder 1704 nicht berechnungsfähig.</i>	443,81 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3524	Bronchoskopie mit flexiblem Gerät bei einem Kind ab dem 4. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, einschließlich Schleimhautanästhesie, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung <i>Die Leistung nach Nummer 3524 ist vom selben Arzt neben der Leistung nach Nummer 1700, 1701 oder 1704 nicht berechnungsfähig.</i>	307,05 €
3525	Bronchoskopie mit flexiblem Gerät bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, einschließlich Schleimhautanästhesie, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung - (Analgo-)Sedierung	250,13 €
3526	Bronchoskopie mit starrem Gerät bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung	422,76 €
3527	Bronchoskopie mit starrem Gerät bei einem Kind ab dem 4. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung	283,91 €
3528	Bronchoskopie mit starrem Gerät bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr, ggf. einschließlich - Schleimhautbiopsie(n) und/oder Bürstenzytologie - oxymetrischer Messung(en) und EKG-Überwachung - (Analogo-)Sedierung	219,36 €
3529	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für die Durchführung von gezielter Gewebeentnahme aus den der Bronchialwand benachbarten Strukturen unter Verwendung eines endobronchialen Ultraschallsystems (EBUS)	90,92 €
3530	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für Fluss- und Druckmessungen in den einzelnen Lungenlappen mit dem Chartis System zur Beurteilung der Kollateralventilation ohne nachfolgende Ventilsetzung	77,10 €
3531	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für das Entfernen von aspirierten Fremdkörpern aus dem Bronchialsystem	77,10 €
3532	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für die Durchführung von zentralen oder peripheren Kryobiopsien	77,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3533	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526 oder 3527 für die Durchführung von Katheterbiopsien oder peripheren Lungenbiopsien oder einer bronchoalveolären Lavage (BAL)	34,89 €
3534	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526 oder 3527 für endobronchiale sonographische Untersuchung zur Abklärung von parabronchialen und/oder paratrachealen Prozessen oder für Messung(en) der Kollateralventilation	63,58 €
3535	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526 oder 3527 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer endobronchialer Stents oder Coils oder eines oder mehrerer Ventile (einschließlich Chartis Messung der Kollateralventilation)	398,56 €
3536	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3523, 3524, 3525, 3526 oder 3527 für den endobronchialen Einsatz eines lokalablativen (z.B. thermischen) Verfahrens, je Sitzung	77,10 €
3537	Messung von Kohlenmonoxid (CO) in der Expirationsluft	13,33 €
3538	Schweißtest (Pilocarpin-Iontophorese), einschließlich Aufbringen von Pilocarpin, ggf. einschließlich Bestimmung der Leitfähigkeit	58,80 €
3539	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3538 für Bestimmung der Chloridionenkonzentration	35,21 €
3540	Einleitung einer nicht-invasiven, apparativen Beatmung <i>Die Leistung nach Nummer 3540 ist nicht für eine CPAP oder eine alleinige O2-Insufflation berechnungsfähig.</i>	80,53 €
3541	Messung der Atemantwort, auf unterschiedliche Konzentrationen von CO2 und/oder O2 in der Inspirationsluft	35,85 €
3542	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3542, 3543 oder 3544 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3542 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3542 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 3542 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3543	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bis zu 65,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3542, 3543 oder 3544 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3543 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3543 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3543 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
3544	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 65,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3542, 3543 oder 3544 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3544 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3544 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3544 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

VIII. Rheumatologie/Immunologie

05.08

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3600	Umfassende rheumatologische Untersuchung, vollständige Untersuchung der Stütz- und Bewegungsorgane, einschließlich - Dokumentation - eingehender Funktionsprüfung - Inspektion, Palpation und Prüfung aller Gelenke auf Schwellung und Druckempfindlichkeit - strukturierte Prüfung der Mobilität des Achsenskelettes - orientierende internistische, neurologische und dermatologische Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 3600 ist neben Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	62,00 €
3601	Partielle rheumatologische Untersuchung, symptomorientierte Untersuchung der Stütz- und Bewegungsorgane, einschließlich - Dokumentation - Inspektion, Palpation und Prüfung der betroffenen Gelenke auf Schwellung und Druckempfindlichkeit und/oder Prüfung der Mobilität des Achsenskelettes - Erhebung von Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades der Erkrankung (Assessmentparametern, z.B. BASMI, CDAI, SDAI, DAS 28, SLEDAI, SLIC, ECLAM, BVAS) <i>Die Leistung nach Nummer 3601 ist neben Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	41,50 €
3602	Steuerung und Überwachung einer spezifischen kontinuierlichen rheumatologischen Therapie eines Patienten mit einer gesicherten chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankung <i>Die Leistung nach Nummer 3602 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3602 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 21 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602 neben der Leistung nach Nummer 3602 nicht mehr berechnet werden.</i>	126,08 €
3603	Steuerung und Überwachung einer kontinuierlichen immunsuppressiven oder immunmodulierenden Therapie eines Patienten mit einer gesicherten Autoimmunerkrankung oder einem Immundefekt <i>Die Leistung nach Nummer 3603 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3603 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3603 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 21 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3603 neben der Leistung nach Nummer 3603 nicht mehr berechnet werden.</i>	64,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3604	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 62,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3604 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3604 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3604 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
3605	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 62,00 EUR bis zu 65,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3605 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3605 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3605 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
3606	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 65,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3606 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3606 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3606 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

IX. Hämatologie/Onkologie**05.09**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3700	Erstanlegen einer Medikamentenpumpe zur Behandlung einer hämatologischen und/oder onkologischen Erkrankung, einschließlich aller zugehörigen Punktions- und Verbandsleistungen, des Pumpenanschlusses, der Pumpeneinstellung sowie der Beratung und Schulung des Patienten, ggf. in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach Nummer 3700 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1817, 8329, 8339 oder 8340 für den Einsatz eines Pumpensystems zur arztgesteuerten, kontrollierten Medikamenteninfusion mittels Perfusor oder vergleichbarer Geräte nicht berechnungsfähig.</i>	46,91 €
3701	Verneblersystem im Rahmen einer hämatologischen, immunologischen, chronisch entzündlichen, infektiösen oder onkologischen Erkrankung (z.B. zur PcP-Prophylaxe), einschließlich Vorbereitung und Überwachung der Behandlung, je Sitzung	15,02 €
3702	Steuerung und Überwachung einer kontinuierlichen hämatologischen und/oder onkologischen Therapie eines Patienten mit einer gesicherten hämatologischen und/oder onkologischen Erkrankung <i>Die Leistung nach Nummer 3702 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3702 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3702 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 21 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3702 neben der Leistung nach Nummer 3702 nicht mehr berechnet werden.</i> <i>Behandlungen von erworbenen Vitamin- und Eisenmangelanämien sind nicht mit der Leistung nach Nummer 3702 berechnungsfähig.</i>	126,08 €
3703	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 37,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3703 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3703 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3703 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3704	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 37,00 EUR bis zu 74,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3704 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3704 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3704 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
3705	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 74,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3705 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3705 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3705 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

X. Endokrinologie/Diabetologie**05.10**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3800	Steuerung und Überwachung einer spezifischen kontinuierlichen endokrinologischen Therapie eines Patienten mit einer gesicherten endokrinologischen Erkrankung <i>Die Leistung nach Nummer 3800 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3800 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3800 ist bei alleiniger benigner Struma ohne eine weitere endokrinologische Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3800 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 21 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3800 neben der Leistung nach Nummer 3800 nicht mehr berechnet werden.</i>	127,77 €
3801	Betreuung eines Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 oder Typ 3 oder mit Schwangerschaftsdiabetes, im Rahmen einer intensivierten konventionellen Insulintherapie oder einer kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion, einschließlich Sensor-Auswertung oder Auslesen eines Blutzuckermessgerätes, <i>Die Leistung nach Nummer 3801 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb von sechs Kalendermonaten zu dieser Erkrankung stattgefunden haben (davon muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sein).</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3801 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3801 ist neben der Leistung nach Nummer 3800 nicht berechnungsfähig.</i>	152,17 €
3802	Behandlung eines Patienten wegen eines chronisch diabetischen Fuß-Syndroms und/oder eines Charcot-Fußes, einschließlich - symptombezogener Untersuchung - Beratung - Überwachung und Kontrolle einer ggf. vorhandenen Druckentlastung ggf. einschließlich Pflaster und/oder Verbänden <i>Die Leistung nach Nummer 3802 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3802 ist neben Beratungs-, Gesprächs- oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	81,24 €
3803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3802 bei Patienten mit Nachweis von multiresistenten Keimen in der Wunde am Fuß	72,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3804	Durchführung eines endokrinologischen Funktionstests, z.B. Arginin-Belastungstest, ACTH-Stimulationstest, Kochsalz-Belastungstest, Corticotropin-Releasing-Hormon-Test, einschließlich - Beratung und Aufklärung - Blutentnahmen, ggf. einschließlich - Legen eines venösen Zuganges - Injektionen - Infusion - kardiorespiratorischer und Vigilanz-Überwachung, Dauer mindestens 30 Minuten, <i>Die Leistung nach Nummer 3804 ist neben Beratungs-, Gesprächs- oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B sowie Leistungen der Abschnitte C I bis C IV nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 3804 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> <i>Art, Name und Dauer des Funktionstests sind in der Rechnung anzugeben.</i>	76,97 €
3805	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 82,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3805, 3806 oder 3807 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3805 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3805 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3805 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
3806	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 82,00 EUR bis zu 129,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3805, 3806 oder 3807 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3806 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3806 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 3806 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3807	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 129,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3805, 3806 oder 3807 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3807 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3807 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 3807 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

XI. Arbeitsmedizin**05.11**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3900	Arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Beratung nach dem ASiG, ArbSchG und/oder der ArbMedVV im Rahmen der Gesundheitsförderung, des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie personalärztlicher Aufgaben, je vollendete 10 Minuten	25,01 €
3901	Arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Beobachtung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung, z.B. durch regelmäßige oder anlassbezogene Begehungen oder Feststellung von Mängeln und Vorschlägen zur Beseitigung der Mängel, je vollendete 10 Minuten	22,87 €
3902	Arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Ursachenermittlung arbeitsbedingter und/oder arbeitsmitbedingter Erkrankungen, z.B. durch Erfassung der Untersuchungsergebnisse oder deren Auswertung mit Vorschlägen für den Arbeitgeber zur Verhütung dieser Erkrankungen oder z.B. Untersuchung nach Ereignissen oder Betriebsunfällen oder arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Ermittlungen und Analysen von spezifischen Gefährdungssituationen oder Entwicklung entsprechender Schutzkonzepte, je vollendete 10 Minuten	25,69 €
3903	Spezielle arbeitsmedizinische Schulungen zur Verbesserung von Gesundheits- und Arbeitsschutzkompetenz der Beschäftigten und/oder des Arbeitgebers und/oder der Personalvertretung, je vollendete 10 Minuten	24,02 €
3904	Arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Indikationsstellung und Vorbereitung komplexer arbeitsmedizinischer Maßnahmen, z.B. zur Durchführung von Maßnahmen des biologischen Monitorings einschließlich der Auswertung und Vermittlung der Ergebnisse oder Planung, Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zur Lastenhandhabung einschließlich der Auswertung und Vermittlung der Ergebnisse je Arbeitsplatz, je vollendete 10 Minuten	24,02 €
3905	Arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Teilnahme an innerbetrieblichen Sitzungen, je vollendete 10 Minuten	20,18 €

XII. Kinder- und Jugendmedizin**05.12**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4000	Neugeborenen-Erstuntersuchung, einschließlich der Untersuchung von Hautkolorit, Atmung, Muskeltonus, Reflexen beim Absaugen, Herzschlägen, Asphyxie-Index, der Untersuchung auf Gelbsucht, Ödeme, Reife, Missbildungen, Gewicht, Größe, ggf. einschließlich - Eintragung der Untersuchungsergebnisse in das Kindervorsorgeheft - Beratung der Bezugsperson(en) <i>Neben der Leistung nach Nummer 4000 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	47,58 €
4001	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellären Gleichgewichtes und der Statomotorik bei einem Patienten bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	23,05 €
4002	Photorefraktometrie (z.B. zum Amblyopiescreening)	25,00 €
4003	Bestimmung des Knochenalters (z.B. nach Greulich und Pyle) am vorgelegten Röntgenbild <i>Die Leistung nach Nummer 4003 ist einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Die hierfür erforderliche Röntgenaufnahme ist gesondert berechnungsfähig.</i>	20,96 €
4004	Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus eines Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit neuropädiatrischen Störungen (z.B. Störungen im Bereich der Koordination, Visuomotorik, der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeit), unter Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte, auch nach standardisierten Verfahren, ggf. auch unter Hinzuziehung weiterer nichtärztlicher Berufsgruppen <i>Die Leistung nach Nummer 4004 ist neben der Leistung nach Nummer 1400, 1401 oder 1402 und Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.</i>	71,41 €
4005	Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, je Sitzung	24,17 €
4006	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Patienten bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (z.B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialalter) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang <i>Sofern das Sprech- oder Sprachverständnis untersucht wird, ist die Leistung nach Nummer 4006 nicht neben der Leistung nach Nummer 4005 berechnungsfähig.</i>	19,17 €
4007	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Patienten bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (z.B. Grob- oder Feinmotorik oder Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	17,04 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4008	Funktionelle Entwicklungstherapie eines Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Ausfallerscheinungen in der Sensomotorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, oder systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen, einschließlich aller dazugehörenden psychotherapeutischen, atemgymnastischen, physikalischen und/oder sedierenden Maßnahmen, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	52,07 €
4009	Funktionelle Entwicklungstherapie eines Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Ausfallerscheinungen in der Sensomotorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, oder systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen, als Gruppenbehandlung mit mindestens 2 bis höchstens 4 Teilnehmern, einschließlich aller dazugehörenden psychotherapeutischen, atemgymnastischen, physikalischen und/oder sedierenden Maßnahmen, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	35,24 €
4010	Körperliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, einschließlich - Erhebung der Anamnese - Beratung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en) - Feststellung der Körpermaße ggf. einschließlich Eintragung der Untersuchungsergebnisse in das Kindervorsorgeheft <i>Die Leistung nach Nummer 4010 ist ab dem 4. Lebensjahr im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 4010 sind kurative Leistungen und Leistungen zur Impfberatung nach Nummer 7 und 8 zusätzlich berechnungsfähig.</i> <i>Beratungs- und Gesprächsleistungen zur Früherkennung (z.B. andere Anamneseerhebungen) des Kapitels B sind daneben nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4010 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4010 umfasst nicht Funktions-, Entwicklungs- oder technische Untersuchungen der Organsysteme; diese sind neben der Leistung nach Nummer 4010 berechnungsfähig.</i>	92,12 €
4011	Persönliches Gespräch/Interaktion mit Bezugsperson(en) durch sozialpädiatrisch qualifizierte Ärzte oder Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, Koordination von Helfersystemen unter fachärztlicher Supervision, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4011 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4012 berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer des Gespräches ist in der Rechnung anzugeben.</i>	9,75 €
4012	Persönliches Gespräch/Interaktion mit Bezugsperson(en) durch sozialpädiatrisch qualifizierte Ärzte oder Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, Koordination von Helfersystemen unter fachärztlicher Supervision, Dauer je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4012 ist je Sitzung bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer des Gespräches ist in der Rechnung anzugeben.</i>	29,24 €

XIII. Dermatologie**05.13****Allgemeine Bestimmungen**

Die Begriffe klein/groß folgen den folgenden Angaben bzw. Definitionen, sofern in den Gebührenpositionen nichts anderes angegeben ist:

1. Länge: klein entspricht bis 3 cm, groß entspricht größer als 3 cm.
2. Fläche: klein entspricht bis 4 cm², groß entspricht größer als 4 cm².
3. Volumen: klein entspricht bis 1 cm³, groß entspricht größer als 1 cm³.
4. Eingriffe am Kopf (inklusive Mundhöhle) und an den Händen: Aufgrund des Schweregrades sind diese Eingriffe als groß definiert.
5. Sofern nichts anderes in den Gebührenpositionen erwähnt ist, gelten für die Anwendung der Begriffe unter 1. bis 3. die Schnittführung bzw. die Größe des Resektates.
6. Bei der operativen Behandlung mehrerer Strukturen über eine Schnittführung zählt für die Anwendung der Begriffe 1. bis 3. diese Schnittführung.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4100	Großflächiges Auftragen von Externa bei Hauterkrankungen, mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	14,87 €
4101	Laserbehandlung von Warzen und anderen Hautveränderungen ausgenommen dermale oder pigmentierte Naevi, je Läsion <i>Die Leistung nach Nummer 4101 ist neben der Leistung nach Nummer 4132 nicht berechnungsfähig.</i>	63,27 €
4102	Minimalinvasiver Hautfunktionstest I, Bestimmung der Alkali-Neutralisationszeit, Bestimmung der Alkali-Resistenz, Nitrazingelbtest, Kälte-Wärme-Druck-Test, Dimethylglyoxim-Nickel-Test, Chloroform-Methanol-Schmerztest, Nikotinsäure-Ester-Test, Acetylcholin-Test, Sodium-Lauryl-Sulphat-Test oder Dansylchlorid- und Dihydroxyacetonfärbung, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 4102 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die durchgeführten Hautfunktionstests sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,66 €
4103	Minimalinvasiver Hautfunktionstest II, Evaporimetrie, Profilometrie, Chromamometrie, pH-Metrie, Elastizitätsmessung, Messung der Hydratisierung oder Messung des Fettgehaltes, je Test <i>Die Leistung nach Nummer 4103 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die durchgeführten Hautfunktionstests sind in der Rechnung anzugeben.</i>	20,35 €
4104	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	18,24 €
4105	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	16,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4106	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften oder entstellendem Haarwuchs, je Sitzung	26,38 €
4107	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	8,90 €
4108	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen (z.B. nach Verbrennungen), je Sitzung	68,37 €
4109	Hochtouriges Schleifen der Nägel bei krankhaften Nagelveränderungen zur Vorbereitung einer anschließenden medikamentösen Therapie oder in Begleitung einer medikamentösen Therapie, je Sitzung	22,47 €
4110	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von bis zu drei Hautveränderungen mit dem scharfen Löffel oder Entfernung von bis zu drei Fibromen	7,48 €
4111	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	15,48 €
4112	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome (peri-) genital, (intra-) vaginal, (peri-) anal oder (intra-) anal, auch in mehreren Sitzungen, je Lokalisation, <i>Die Lokalisation der behandelten Kondylome ist in der Rechnung anzugeben.</i>	33,83 €
4113	Chemo- bzw. immunochirurgische Behandlung einer Präkanzerose oder Kanzerose, auch in mehreren Sitzungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation der behandelten Präkanzerose(n) ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,28 €
4114	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	12,99 €
4115	Setzen von Schröpfköpfen oder Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4115 ist neben der Leistung nach Nummer 7320 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4115 ist neben HNO-ärztlichen Leistungen ausgeschlossen, die das Absaugen als Leistungsbestandteil beinhalten.</i>	17,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4116	Hautdrainage, zur Entlastung des Gewebes bei Ödemen, z.B. mittels oberflächlicher Hautinzisionen (Skarifikation), je Sitzung	17,68 €
4117	Dermatoskopie mittels Auflichtmikroskopie (bis 5 Hautläsionen), ggf. einschließlich Photodokumentation, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4117 ist neben der Leistung nach Nummer 4119 nicht berechnungsfähig, wenn in gleicher Sitzung mittels Dermatoskopie ebenfalls Muttermale untersucht werden. Bei Dermatoskopie aufgrund einer 2. (Verdachts-)Diagnose wie z.B. Sklerodermie, Basaliom, Warze oder Skabies ist dieser Ausschluss nicht zulässig.</i>	18,39 €
4118	Dermatoskopie mittels Auflichtmikroskopie (bei mehr als 5 Hautläsionen), ggf. einschließlich Photodokumentation, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4118 ist neben der Leistung nach Nummer 4119 nicht berechnungsfähig, wenn in gleicher Sitzung mittels Dermatoskopie ebenfalls Muttermale untersucht werden. Bei Dermatoskopie aufgrund einer 2. (Verdachts-)Diagnose wie z.B. Sklerodermie, Basaliom, Warze oder Skabies ist dieser Ausschluss nicht zulässig.</i>	24,99 €
4119	Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschließlich Bildweiterverarbeitung und -auswertung <i>Die Leistung nach Nummer 4119 ist neben der Leistung nach Nummer 4117 oder 4118 nicht berechnungsfähig, wenn in gleicher Sitzung mittels Dermatoskopie ebenfalls Muttermale untersucht werden. Bei Dermatoskopie aufgrund einer 2. (Verdachts-)Diagnose wie z.B. Sklerodermie, Basaliom, Warze oder Skabies ist dieser Ausschluss nicht zulässig.</i>	51,35 €
4120	Konfokale Lasermikroskopie zur nichtinvasiven Diagnostik oberflächennaher Hautveränderungen, je untersuchte Läsion	123,98 €
4121	Quantitative Schweißmessung	20,35 €
4122	UV-Erythemschwellenwertbestimmung, je Sitzung	11,24 €
4123	Entleerung eines Lymphödems an Arm oder Bein oder Gesicht	20,83 €
4124	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung	11,83 €
4125	Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen	41,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4126	Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen bei einem Bestrahlungsfeld bis zu 30 cm² <i>Die Kosten für die photosensibilisierende Substanz sind gesondert berechnungsfähig.</i>	62,45 €
4127	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4126 für jedes weitere Bestrahlungsfeld bis zu 30 cm²	13,75 €
4128	Ganzkörper-Phototherapie mit selektivem langwelligem UVA-I-Licht (Mindeststärke 12 kW), je Sitzung	34,21 €
4129	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	13,47 €
4130	Photochemotherapie, je Sitzung	17,18 €
4131	Balneophototherapie, je Sitzung	43,82 €
4132	Laserbehandlung und/oder Behandlung mit intensiv gepulstem Licht (IPL) von Besenreiservarizen, Teleangiektasien oder anderen Hauterkrankungen (z.B. dermale Naevi) mit Ausnahme pigmentierter Naevi, auch Laser-Epilation und/oder IPL-Epilation bei krankhaftem oder entstellendem Haarwuchs, mit einer Ausdehnung bis zu 5 cm², im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von bis zu 50 Impulsen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4132 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	96,62 €
4133	Laserbehandlung und/oder Behandlung mit intensiv gepulstem Licht (IPL) von Besenreiservarizen, Teleangiektasien oder anderen Hauterkrankungen mit Ausnahme pigmentierter Naevi, auch Laser-Epilation und/oder IPL-Epilation bei krankhaftem oder entstellendem Haarwuchs, mit einer Ausdehnung von 5 bis 20 cm², im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von 51 bis zu 100 Impulsen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4133 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	145,88 €
4134	Laserbehandlung und/oder Behandlung mit intensiv gepulstem Licht (IPL) von Besenreiservarizen, Teleangiektasien oder anderen Hauterkrankungen mit Ausnahme pigmentierter Naevi, auch Laser-Epilation und/oder IPL-Epilation bei krankhaftem oder entstellendem Haarwuchs, mit einer Ausdehnung von mehr als 20 cm², im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von mehr als 100 Impulsen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4134 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	195,14 €
4135	Chemisches Peeling bei Hauterkrankungen, je Körperregion <i>Die Indikation und die behandelte Körperregion sind in der Rechnung anzugeben.</i>	37,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4136	(Mittel)tiefes chemisches Peeling <i>Ein (mittel-)tiefes chemisches Peeling liegt vor bei einer Säurekonzentration $\geq 50\%$ oder einem pH-Wert $\leq 1,5$ der eingesetzten Substanz. Die Indikation und die behandelte Körperregion sind in der Rechnung anzugeben.</i>	48,59 €
4137	Korrektur einer atrophen, nicht kontrakten kleinen Narbe durch Injektion	14,59 €
4138	Korrektur einer atrophen, nicht kontrakten großen Narbe durch Injektion	26,15 €
4139	Optische Kohärenztomographie, Nah-Infrarot (NIR)-basierte, multiple, zweidimensionale Schichtaufnahmen der Organ-Feinstruktur in zwei Schnittebenen (mindestens 60 Bilder pro Ebene) inklusive graphischer Kennzeichnung der Schnittebene und der Bild-Dimension, sowie entsprechender Bilddokumentation, ggf. einschließlich Farbkodierung und Darstellung des Gefäßnetzwerks	74,57 €
4140	Elektrische Impedanzspektroskopie, pro Analyse zwei Messungen (inklusive Referenzmessung auf gesunder Haut) mit vorhergehendem Befeuchtungsprozess, anschließender Messung des Gesamtgewebewiderstands mittels austauschbarer Elektrode mit Wechselstrom mit 35 Frequenzen, Analyse der Amplituden und Phasenverschiebung und anschließender Klassifikation des Messergebnisses mittels Referenzscore <i>Die Leistung nach Nummer 4140 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	13,37 €
4142	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 25,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4142, 4143 oder 4144 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 4142 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 4142 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 4142 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4143	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 25,00 EUR bis zu 37,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4142, 4143 oder 4144 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4143 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4143 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4143 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
4144	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 37,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4142, 4143 oder 4144 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4144 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4144 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4144 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
4145	Mikrodermabrasion, einschließlich - Vorbereitung der Haut - Abtragung der oberen Hautschicht - Nachbehandlung mit feuchtigkeitsspendenden Wirkstoffen (zum Beispiel Gesichtsmasken, Cremes usw.), je Sitzung	68,37 €

XIV. Konservative Orthopädie**05.14**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4200	Abdruckherstellung an einer oberen Extremität, ggf. einschließlich Erstellen eines Konstruktionsplans <i>Die Leistung nach Nummer 4200 ist zweimal berechnungsfähig, wenn zusätzlich ein Abdruck von der Schulter hergestellt wird.</i>	55,14 €
4201	Abdruckherstellung am Rumpf, ggf. einschließlich - Einbeziehung des Beckens - Erstellen eines Konstruktionsplans	55,14 €
4202	Orthesenanpassung Rumpf, Schulter- oder Hüftbereich	38,80 €
4203	Orthesenanpassung Ellenbogen, Kniegelenk, Hand- oder Fußbereich	31,41 €
4204	Abdruckherstellung an einer unteren Extremität, ggf. einschließlich Erstellen eines Konstruktionsplans <i>Die Leistung nach Nummer 4204 ist zweimal berechnungsfähig, wenn zusätzlich ein Abdruck vom Becken hergestellt wird.</i>	55,14 €
4205	Abdruckherstellung eines Fußes oder beider Füße, ggf. einschließlich Erstellen eines Konstruktionsplans <i>Die Leistung nach Nummer 4205 ist neben der Leistung nach Nummer 4204 nicht berechnungsfähig.</i>	23,48 €
4206	Statische computergestützte Wirbelsäulenvermessung	78,77 €
4207	Dynamische computergestützte Wirbelsäulenvermessung	113,35 €
4208	Statische podometrische Untersuchung und/oder dynamische pedographische Druckverteilungsmessung eines Fußes oder beider Füße, ggf. einschließlich dreidimensionaler Visualisierung	47,76 €
4209	Apparativ-unterstützte Bewegungsanalyse (Gang- und Laufanalyse), mit mindestens zwei Messaufnahmen	125,91 €
4210	Anlegen oder Regulieren einer Finger- oder Zehennagelspange	18,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4211	Redressionsbehandlung mittels eines härtenden, zirkulären Verbands an einer oberen Extremität, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Einbeziehung des Schultergürtels - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	71,31 €
4212	Redressionsbehandlung mittels eines härtenden, zirkulären Verbands an einer unteren Extremität, individuell angefertigt und modelliert, ggf. einschließlich - Einbeziehung des Beckengürtels - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung	71,31 €
4213	Neuanlegen einer Overheadextension	84,52 €
4214	Kontrolleinstellung einer Overheadextension	28,83 €
4215	Chirotherapeutische Behandlung an einem Extremitätengelenk, einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4215 ist für die Behandlung derselben Gelenke im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelten Gelenke sind in der Rechnung anzugeben. Die Interphalangeal-, Metacarpophalangeal-, Carpometacarpal- und Intercarpalgelenke einer Hand sowie die Interphalangeal-, Metatarsophalangeal-, Tarsometatarsal- und Intertarsalgelenke eines Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk.</i>	22,06 €
4216	Chirotherapeutische Behandlung an einem Wirbelsäulenabschnitt, einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung Als ein Wirbelsäulenabschnitt gilt die Halswirbel-, Brustwirbel-, Lendenwirbelsäule oder beide Kreuzbein-/Darmbeingelenke. <i>Die Leistung nach Nummer 4216 ist für die Behandlung desselben Wirbelsäulenabschnitts im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Der behandelte Wirbelsäulenabschnitt ist in der Rechnung anzugeben.</i>	23,91 €
4217	Gebrauchsschulung für eine Extremitätenprothese, je Sitzung	43,83 €
4218	Invasive Magnetfeldtherapie (Elektro-Osteostimulation), je Sitzung	28,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4219	Eingangs- oder Abschlussuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie von Wirbelsäule, Becken oder Extremitäten, einschließlich - Dokumentation - biomechanischer Funktionsanalysen bzw. funktionsbezogener Messverfahren - spezieller Schmerzanamnese <i>Die Leistung nach Nummer 4219 ist neben der Leistung nach Nummer 2021 nicht berechnungsfähig.</i>	103,39 €
4220	Medizinische Trainingstherapie von Wirbelsäule, Becken oder Extremitäten, mit Sequenztraining als progressiv-dynamisches Muskeltraining an speziellen Therapiemaschinen, einschließlich ärztlicher Supervision und Dokumentation, je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten	45,81 €
4221	Medizinische Trainingstherapie von Wirbelsäule, Becken oder Extremitäten, mit Sequenztraining als progressiv-dynamisches Muskeltraining an speziellen Therapiemaschinen, als Gruppenbehandlung mit bis zu drei Teilnehmern, einschließlich ärztlicher Supervision und Dokumentation, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 45 Minuten	25,12 €
4222	Radiale Stoßwellenbehandlung, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Ultraschallkontrolle, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4222 ist bis zu fünfmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	89,73 €
4223	Fokussierte Stoßwellenbehandlung, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Ultraschallkontrolle, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4223 ist bis zu fünfmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	193,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4224	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 32,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4224, 4225 oder 4226 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4224 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4224 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4224 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
4225	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 32,00 EUR bis zu 67,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4224, 4225 oder 4226 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4225 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4225 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4225 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
4226	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts F XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 67,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4224, 4225 oder 4226 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4226 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4226 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4226 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Kapitel G

Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen

Vertraulich

I. Neurologie, Neuropädiatrie**06.01****Allgemeine Bestimmungen**

Bei einer Staffelung nach Funktions-/Untersuchungsbereichen ist die Anzahl der tatsächlich untersuchten Bereiche in der Rechnung anzugeben.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4300	Neurologische Untersuchung von mindestens drei Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße <i>Die Berechnung von Ratings, Skalen und Scores ist inbegriffen und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4300 ist neben der Leistung nach Nummer 4301 oder 4302 nicht berechnungsfähig.</i>	30,35 €
4301	Neurologische Untersuchung von mindestens fünf Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße <i>Die Berechnung von Ratings, Skalen und Scores ist inbegriffen und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4301 ist neben der Leistung nach Nummer 4300 oder 4302 nicht berechnungsfähig.</i>	41,47 €
4302	Neurologische Untersuchung von mindestens sieben Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße <i>Die Berechnung von Ratings, Skalen und Scores ist inbegriffen und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4302 ist neben der Leistung nach Nummer 4300 oder 4301 nicht berechnungsfähig.</i>	56,56 €
4303	Videogestützte neurologische Untersuchung und/oder dreidimensionale Bewegungsanalyse, auch zur Therapieüberwachung, z.B. bei Morbus Parkinson, Dauer mindestens 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4303 ist unabhängig von der Dauer nur einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4303 ist nicht neben der Leistung nach Nummer 4300, 4301 oder 4302 berechnungsfähig.</i>	83,18 €
4304	Neuropharmakologische Testung(en), einschließlich aller zur Beurteilung des Ergebnisses erforderlichen Untersuchungen, ggf. einschließlich Injektion(en), je Kalendertag <i>Die Leistung nach Nummer 4304 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	47,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4305	Vegetative Funktionsdiagnostik, einschließlich - Anwendung pharmakologischer Testmethoden und/oder - Wärmeanwendung und/oder - Injektionen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4305 ist neben der Leistung nach Nummer 4300, 4301, 4302 oder 4304 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4305 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	30,54 €
4306	Elektroenzephalographische Untersuchung, ggf. einschließlich Standardprovokationen (unter mehrfacher Prüfung der mentalen und sensorischen Reaktivität), Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten	75,74 €
4307	Langzeitelektroenzephalographische Untersuchung entsprechend den Mindestanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN), Ableitungsdauer mindestens 18 Stunden <i>Eine EEG-gestützte Narkoseüberwachung ist nach dieser Leistung nicht berechnungsfähig, auch wenn die Dauer mehr als 18 Stunden beträgt.</i>	172,95 €
4308	Langzeitelektroenzephalographische Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr entsprechend den Mindestanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN), Ableitungsdauer mindestens 18 Stunden <i>Eine EEG-gestützte Narkoseüberwachung ist nach dieser Leistung nicht berechnungsfähig, auch wenn die Dauer mehr als 18 Stunden beträgt.</i>	201,25 €
4309	Kurzschlaf-EEG-Untersuchung, Ableitungsdauer mindestens 40 Minuten	101,01 €
4310	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4306 oder 4309 für Video-Beobachtung und/oder -Aufzeichnung, einschließlich Auswertung, Dauer mindestens 20 Minuten	39,05 €
4311	Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierendem Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidalelektroden, einschließlich Provokationstests, bis zum Auftreten eines iktualen Ereignisses oder von mindestens 24 Stunden Dauer <i>Die Leistung nach Nummer 4311 ist im Behandlungsfall bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	215,63 €
4312	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4311 für Ableitung mit intrazerebralen Elektroden	154,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4313	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4311 für Ableitung mit intrazerebralen Elektroden bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 4313 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4312, 4352, 4353 oder 4354 nicht berechnungsfähig.</i>	180,37 €
4314	Prächirurgische Intensivüberwachung eines Epilepsie-Patienten durch den Neurologen oder Neuropädiater im Zusammenhang mit der Durchführung einer iktualen Einzelphotonen-Emissions-Tomographie (SPECT), einschließlich aller diesbezüglich erforderlichen ärztlichen Interventionen, bis zum Auftreten eines iktualen Ereignisses oder von mindestens 24 Stunden Dauer <i>Die Leistung nach Nummer 4314 ist im Behandlungsfall bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	303,55 €
4315	Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung, je Stimulationsort	138,71 €
4316	Visuell evozierte Potentiale (VEP), ein- oder beidseitig	79,42 €
4317	Akustisch evozierte Potentiale (AEP), einschließlich frühe AEP zur Topodiagnostik, ein- oder beidseitig	79,42 €
4318	Somatosensorisch evozierte Potentiale (SEP), einschließlich frühe SEP, je Nerv einer Seite <i>Der untersuchte Nerv ist in der Rechnung anzugeben.</i>	44,90 €
4319	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4318 für segmentale Ableitung somatosensorisch evozierter Potentiale	23,54 €
4320	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4318 für segmentale Ableitung somatosensorisch evozierter Potentiale bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 4320 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4319, 4352, 4353 oder 4354 nicht berechnungsfähig.</i>	27,54 €
4321	Magnetisch evozierte motorische Potentiale (MEP) an den oberen oder unteren Extremitäten, ein- oder beidseitig <i>Die untersuchten Extremitäten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	78,09 €
4322	Andere evozierte Potentiale, z.B. olfaktorisch evozierte Potentiale, peripher-autonome Potentiale, kognitiv ereigniskorrelierte Potentiale, vestibulär evozierte myogene Potentiale, unabhängig von der Art und der Anzahl der evozierten Potentiale insgesamt, je Kalendertag	89,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4323	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen- oder Nadelelektroden, antidrom und/oder orthodrom, je Nerv, ein- oder beidseitig <i>Die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4323 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	47,71 €
4324	Motorische Elektroneurographie, einschließlich Überleitungszeit, je Nerv, ein- oder beidseitig <i>Die Leistung nach Nummer 4324 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	43,94 €
4325	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4324 für Messung von H-Reflex, F-Welle, analoger motorischer elektroneurographischer Parameter und/oder für Inching (schrittweise Stimulation eines Nerven in kurzen Abständen), je Nerv <i>Die Parameter und die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.</i>	26,83 €
4326	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4324 für Messung von H-Reflex, F-Welle, analoger motorischer elektroneurographischer Parameter und/oder für Inching (schrittweise Stimulation eines Nerven in kurzen Abständen) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, je Nerv <i>Der Zuschlag nach Nummer 4326 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4325, 4352, 4353 oder 4354 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Parameter und die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.</i>	31,40 €
4327	Elektromyographische Untersuchung mit Nadelelektroden, einschließlich - Ableitung der Spontanaktivität - Registrierung der Potentiale motorischer Einheiten - Bestimmung von Rekrutierungsverhalten und Maximalinnervation, je Muskel <i>Die untersuchten Muskeln sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 4327 und 4328 sind nebeneinander nicht berechnungsfähig.</i>	44,95 €
4328	Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächenelektroden, je Muskel, ein- oder beidseitig <i>Die untersuchten Muskeln sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 4327 und 4328 sind nebeneinander nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4328 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	30,98 €
4329	Einzelfaser-Elektromyographie, ggf. einschließlich Jittermessung	128,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4330	Hirnstammreflexuntersuchung (Blink-, Masseter- oder Long-Loop-Reflex), ein- oder beidseitig, je Untersuchung	72,36 €
4331	Diagnostische repetitive Nervenstimulation, je Nerv-Muskel-Kombination <i>Die Muskeln und Nerven sind in der Rechnung anzugeben.</i>	89,89 €
4332	Quantitative Tremoranalyse, einschließlich elektromyographischer und mechanographischer Messung, je Kalendertag	131,84 €
4333	Statische, mobile, dynamische und/oder aktive Posturographie	80,09 €
4334	Programmierung eines Steuergeräts bzw. Impulsgenerators zur Elektrodenstimulation im Bereich der Basalganglien (z.B. tiefe Hirnstimulation bei Morbus Parkinson) oder des Vagusnervs oder von Nervenwurzeln des Rückenmarks, einschließlich der zur Beurteilung des Ergebnisses erforderlichen klinisch-neurologischen, neuropsychologischen, psychiatrischen, ophthalmologischen und sonstigen klinischen Untersuchung(en), je Sitzung	88,39 €
4335	Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Steuergeräts bzw. Impulsgenerators zur Elektrodenstimulation im Bereich der Basalganglien (z.B. tiefe Hirnstimulation bei Morbus Parkinson) oder des Vagusnervs oder von Nervenwurzeln des Rückenmarks, einschließlich der zur Beurteilung des Ergebnisses erforderlichen Untersuchung, je Sitzung	74,19 €
4336	Programmierung einer implantierten Medikamentenpumpe, z.B. zur intrathekalen Baclofentherapie, bei starker Dystonie und/oder Spastik, gegebenenfalls einschließlich partieller neurologischer Untersuchung bzw. syndromspezifischem Scoring, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4336 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1817 oder 1819 nicht berechnungsfähig.</i>	59,99 €
4337	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4336 für das sterile Auffüllen eines intrathekalen Medikamentenreservoirs einer implantierten Pumpe	67,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4338	Installation, Erstprogrammierung, Befüllen und Funktionsanalyse einer externen Medikamentenpumpe zur kontinuierlichen parenteralen oder enteralen Katheterbehandlung einer chronischen neurologischen Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson, Spastik), einschließlich - klinischer Überwachung des Patienten - Lage- und Funktionskontrolle bzw. Korrektur der Katheterlage - Einweisung des Patienten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4338 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1817 oder 1819 nicht berechnungsfähig.</i>	107,88 €
4339	Folgeprogrammierung, Befüllen und Funktionsanalyse einer externen Medikamentenpumpe zur kontinuierlichen parenteralen oder enteralen Katheterbehandlung einer chronischen neurologischen Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson, Spastik), einschließlich - klinischer Überwachung des Patienten - Lage- und Funktionskontrolle bzw. Korrektur der Katheterlage - Einweisung des Patienten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4339 ist neben der Leistung nach Nummer 1816, 1817 oder 1819 nicht berechnungsfähig.</i>	86,47 €
4340	Repetitive transkranielle Magnetstimulation und/oder direkte motorische Stimulation der Hirnrinde, unter Dokumentation der verwendeten Spulenart- und -größe, der Feldstärke, der Art der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) (bi- versus monophasisch) und der stimulierten kortikalen Region, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4340 ist neben der Leistung nach Nummer 4341 nicht berechnungsfähig.</i>	74,96 €
4341	Transkranielle Elektrostimulation des Kortex zur Beeinflussung der kortikalen Erregbarkeit, ggf. auch vor oder während der therapeutischen Maßnahmen, mit Dokumentation der Stromstärke, Stimulationsdauer und der stimulierten kortikalen Region	55,88 €
4342	Quantitativer Riech- (z.B. zur Diagnostik bei Morbus Parkinson) und/oder Geschmackstest, ggf. einschließlich Schwellenwertbestimmung, je Sitzung <i>Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 4342 und 4355 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	53,89 €
4343	Klinische Untersuchung von kognitiv-mnestischen und neuropsychologischen Funktionen <i>Die Leistung nach Nummer 4343 ist berechnungsfähig, wenn mindestens drei kognitive Domänen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten, soziale Kognitionen) klinisch untersucht werden.</i>	57,45 €
4344	Zuschlag für neurologische und/oder psychiatrische und/oder psychosomatische und/oder kinder- oder jugendpsychiatrische Untersuchungsleistung bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen und/oder krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen und/oder Dysphasie, je Sitzung	30,32 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4345	Planung, Koordination oder Organisation eines multimodalen Behandlungskonzepts mit komplementären Versorgungsstrukturen oder intensiver medikamentöser oder somatischer Therapiemaßnahmen bei Patienten mit neurologischen, neuropsychologischen, psychischen oder psychosomatischen Funktionsbehinderungen oder krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen oder bei Patienten mit neurologischen Ausfällen oder Teilhabestörung bei Hirnschädigung oder peripherer Nervenerkrankung <i>Die Leistung nach Nummer 4345 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4345 ist neben der Leistung nach Nummer 21 nicht berechnungsfähig.</i>	84,08 €
4346	Aushäusig stattfindende Planung, Koordination und Organisation eines multimodalen Behandlungskonzepts für Patienten mit komplexen neurologischen, neuropsychologischen, psychischen oder psychosomatischen Störungen oder kombinierten Entwicklungsstörungen mit Erörterung und Absprache mit beteiligten Trägern, z.B. der Jugend- oder Altenhilfe und Förder- und Bildungseinrichtungen <i>Die Leistung nach Nummer 4346 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4346 ist neben der Leistung nach Nummer 208 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 4346 ist Wegegeld berechnungsfähig.</i>	113,39 €
4347	Eigenständige Anleitung einer Bezugsperson in der krankheitsadäquaten Betreuung eines Patienten mit schweren Funktionsbehinderungen oder Kommunikationsstörungen aufgrund einer neurologischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung <i>Die Leistung nach Nummer 4347 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4347 ist neben der Leistung nach Nummer 12 nicht berechnungsfähig.</i>	59,90 €
4348	Basales Neuromonitoring zur kontinuierlichen Behandlung und Überwachung auf der Stroke Unit, einschließlich - wiederholtem syndromspezifischen Scoring bzw. partieller neurologischer Untersuchung - Messung bzw. Ableitung von Blutdruck, EKG und Temperatur, ggf. einschließlich - Pulsoxymetrie - EEG - evozierten Potentialen, über mindestens 12 Stunden Dauer <i>Die Leistung nach Nummer 4348 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4348 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4348 ist neben der Leistung nach Nummer 1107 nicht berechnungsfähig.</i>	142,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4349	Zuschlag im Zusammenhang mit der Leistung nach 1107 für spezielles Neuromonitoring im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung zur kontinuierlichen Überwachung der Hirn- und Hirnstammfunktionen mittels Monitoring von EEG und evozierten Potentialen, ggf. einschließlich - kortikalem EEG - wiederholtem syndromspezifischen Scoring bzw. partieller neurologischer Untersuchung, über mindestens 12 Stunden Dauer <i>Der Zuschlag nach Nummer 4349 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 4349 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.</i>	80,98 €
4350	Klinisch-neurologische Erst- oder Zweituntersuchung zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, einschließlich Apnoe-Test	134,25 €
4351	Elektroenzephalographische Untersuchung im Rahmen der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls in der jeweils geltenden Fassung	129,51 €
4352	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts G I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 56,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4352, 4353 oder 4354 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 4352 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 4352 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 4352 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
4353	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts G I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 56,00 EUR bis zu 86,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4352, 4353 oder 4354 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 4353 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 4353 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 4353 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4354	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts G I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 86,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4352, 4353 oder 4354 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4354 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4354 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4354 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
4355	Qualitative Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung je Sitzung <i>Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 4342 und 4355 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	35,14 €

II. Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin**06.02****Allgemeine Bestimmungen**

Probatorische Sitzungen können als solche gekennzeichnet werden und sind über die psychotherapeutischen Gebührennummern zu berechnen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4400	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung, ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4400 beinhaltet die Erfassung des aktuellen Befindens und die Erhebung des aktuellen Befundes.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4400 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4401 berechnungsfähig.</i>	11,98 €
4401	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung, ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4401 beinhaltet die Erfassung des aktuellen Befindens und die Erhebung des aktuellen Befundes.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4401 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	37,56 €
4402	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, ggf. einschließlich mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer, entwicklungsphysiologischer, entwicklungssoziologischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4402 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4403 berechnungsfähig.</i>	17,36 €
4403	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, ggf. einschließlich mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer, entwicklungsphysiologischer, entwicklungssoziologischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4403 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	43,37 €
4404	Erhebung der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Anamnese, Dauer mindestens 45 Minuten, ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren <i>Die Leistung nach Nummer 4404 ist im Krankheitsfall einmal berechnungsfähig.</i>	109,04 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4405	Erhebung einer biographischen Anamnese unter psychodynamischen und/oder lerngeschichtlichen Gesichtspunkten und/oder unter Einbeziehung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en), ggf. zur Einleitung und Indikationsstellung, bei analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder systemischer Psychotherapie, einschließlich schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach Nummer 4405 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.</i>	178,55 €
4406	Erhebung der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Fremdanamnese, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4406 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4407 berechnungsfähig.</i>	9,86 €
4407	Erhebung der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Fremdanamnese, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4407 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	32,14 €
4408	Psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische, neuropädiatrische oder psychosomatische Behandlung, bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr ggf. unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4408 umfasst die Behandlung im Sinne eines eingehenden zielorientierten ärztlich-therapeutischen Gesprächs. Hierzu gehören die Erörterung zur Erkrankung, die Anleitung zur Verhaltensänderung und die Absprache der weiteren Therapien, jedoch nicht die psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung. Die Leistung nach Nummer 4408 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4409 berechnungsfähig.</i>	12,73 €
4409	Psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische, neuropädiatrische oder psychosomatische Behandlung, bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr ggf. unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4409 umfasst die Behandlung im Sinne eines eingehenden zielorientierten ärztlich-therapeutischen Gesprächs. Hierzu gehören die Erörterung zur Erkrankung, die Anleitung zur Verhaltensänderung und die Absprache der weiteren Therapien, jedoch nicht die psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung. Die Leistungen nach Nummer 4409 ist bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bis zu achtmal je Sitzung, bei Erwachsenen bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	38,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4410	Psychiatrisches, kinder- und jugendpsychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Gespräch mit der Bezugsperson eines psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten zur Erörterung aktueller Krankheitsaspekte anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen, auch telefonisch, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4410 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4411 berechnungsfähig.</i>	9,76 €
4411	Psychiatrisches, kinder- und jugendpsychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Gespräch mit der Bezugsperson eines psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten zur Erörterung aktueller Krankheitsaspekte anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen, auch telefonisch, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4411 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	31,82 €
4412	Psychoedukative Einzelbehandlung, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4412 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4413 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4412 ist neben der Leistung nach Nummer 4408 oder 4409 nicht berechnungsfähig.</i>	11,12 €
4413	Psychoedukative Einzelbehandlung, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4413 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4413 ist neben der Leistung nach Nummer 4408 oder 4409 nicht berechnungsfähig.</i>	33,18 €
4414	Psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische oder psychoedukative Gruppenbehandlung mit höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,05 €
4415	Psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische oder psychoedukative Gruppenbehandlung mit mindestens 10 bis höchstens 15 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,18 €
4416	Psychoedukative Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit höchstens 6 Teilnehmern, auch unter Einbezug der Bezugspersonen, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	40,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4417	Psychoedukative Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit höchstens 6 Teilnehmern, auch unter Einbezug der Bezugspersonen, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	79,57 €
4418	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr als Gruppenbehandlung mit höchstens 6 Teilnehmern, unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4418 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4418 ist neben der Leistung nach Nummer 4419 nicht berechnungsfähig.</i>	40,08 €
4419	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr als Gruppenbehandlung mit höchstens 6 Teilnehmern, unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4419 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4419 ist neben der Leistung nach Nummer 4418 nicht berechnungsfähig.</i>	79,57 €
4420	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr als Gruppenbehandlung mit mehr als 6 bis höchstens 9 Teilnehmern, unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4420 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4420 ist neben der Leistung nach Nummer 4421 nicht berechnungsfähig.</i>	30,06 €
4421	Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr als Gruppenbehandlung mit mehr als 6 bis höchstens 9 Teilnehmern, unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4421 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4421 ist neben der Leistung nach Nummer 4420 nicht berechnungsfähig.</i>	59,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4422	Psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Notfallbehandlung bei akuter psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch, ggf. unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4422 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4423 berechnungsfähig.</i>	12,73 €
4423	Psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Notfallbehandlung bei akuter psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch, ggf. unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktpersonen unter Berücksichtigung familiendynamischer und entwicklungsbezogener Faktoren, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4423 ist fünfmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	38,46 €
4424	Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training oder Hypnose, Einzelbehandlung, je Sitzung, Dauer mindestens 25 Minuten, <i>Die Leistung nach Nummer 4424 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4424 neben der Leistung nach Nummer 4425, 4426, 4427, 4428, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	31,27 €
4425	Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training oder Hypnose, Einzelbehandlung, je Sitzung, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4425 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4425 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4426, 4427, 4428, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	62,03 €
4426	Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit höchstens 10 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4426 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4426 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4427, 4428, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	7,90 €
4427	Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit höchstens 10 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4427 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4427 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4428, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4428	Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit mindestens 11 bis höchstens 15 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4428 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4428 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	11,79 €
4429	Übende Verfahren bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit höchstens 6 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4429 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4429 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4428 oder 4430 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,56 €
4430	Übende Verfahren bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit höchstens 6 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4430 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4430 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4428 oder 4429 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	30,52 €
4431	Anleitung, Auswertung und Bewertung von störungsorientierten Trainingsverfahren, auch PC-gestützt, Dauer mindestens 40 Minuten <i>Bereitstellungskosten für das PC-gestützte Verfahren sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	45,92 €
4432	Schriftlicher, ausführlicher Bericht zur Einleitung oder Fortführung sowie zur Überprüfung der Leistungspflicht einer Psychotherapie, Dauer unter 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4432 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4433 berechnungsfähig.</i>	34,96 €
4433	Schriftlicher, ausführlicher Bericht zur Einleitung oder Fortführung sowie zur Überprüfung der Leistungspflicht einer Psychotherapie, je vollendete 50 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4433 ist je Berichterstellung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	110,72 €
4434	Elektrokonvulsionstherapie, einschließlich anschließender ärztlicher Überwachung, je Sitzung	177,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4435	Lichttherapie, je Sitzung, Dauer mindestens 40 Minuten (bei 10.000 Lux) oder mindestens zwei Stunden (bei mindestens 2.500 Lux)	13,82 €
4436	Schlafentzugstherapie in Einzelbehandlung, je Sitzung, Dauer mindestens 6 Stunden	36,32 €
4437	Schlafentzugstherapie in Gruppenbehandlung mit höchstens neun Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 6 Stunden <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	10,53 €
4438	Ärztliche sozialpsychiatrische oder neuropädiatrische Behandlung in multiprofessionellen Teams mit komplementären Berufsgruppen wie z.B. Diplom-Psychologen, Heilmittelerbringern, Sozialarbeitern, Diplom-Pädagogen, Heilpädagogen, die intramural an der Behandlung des Patienten, beteiligt sind Diagnostik- und Therapieplanung und -steuerung im Team mit Dokumentation, ärztliche Anleitung sozialpsychiatrischer Mitarbeiter <i>Die Leistung nach Nummer 4438 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.</i>	153,69 €
4439	Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Persönliches Gespräch/Interaktion mit Patient und/oder Bezugsperson durch sozialpsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, Koordination von Helfersystemen unter fachärztlicher Supervision, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4439 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4440 berechnungsfähig.</i>	8,12 €
4440	Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Persönliches Gespräch/Interaktion mit Patient und/oder Bezugsperson durch sozialpsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, Koordination von Helfersystemen unter fachärztlicher Supervision, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4440 ist je Sitzung bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	22,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4441	Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr in der Gruppe, Persönliches Gespräch/Interaktion mit mehreren, maximal 6 Patienten und/oder Bezugspersonen mehrerer, maximal 6 Patienten durch qualifizierte Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, Psychoedukation, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, pro Patient, Dauer unter 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4441 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlusleistung zur Leistung nach Nummer 4442 berechnungsfähig.</i>	2,45 €
4442	Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr in der Gruppe, Persönliches Gespräch/Interaktion mit mehreren, maximal 6 Patienten und/oder Bezugspersonen mehrerer, maximal 6 Patienten durch qualifizierte Fachkräfte mit psychologischem und/oder pädagogischem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss im Rahmen einer ärztlich geleiteten Behandlung mit z.B. störungsspezifischer Intervention, familientherapeutischer Intervention, Psychoedukation, in Zusammenhang mit der Erkrankung stehender Anleitung und Beratung von Bezugspersonen, pro Patient, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4442 ist je Sitzung bis zu achtmal berechnungsfähig.</i>	5,41 €
4443	Zuschlag zum Behandlungsgespräch aus dem Abschnitt G II für Einleitung, Führung und Kontrolle einer oralen oder parenteralen Neuro-Psychopharmakamedikation bei einem psychisch und/oder neurologisch Kranken inklusive Erstellung eines schriftlichen Medikationsplans, Beachtung von Arzneimittelinteraktionen und ggf. Indikation und Beurteilung erforderlicher Blutentnahmen <i>Die Leistung nach Nummer 4443 ist im Kalendermonat einmal berechnungsfähig.</i>	31,02 €

III. Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken**06.03****Allgemeine Bestimmungen**

Probatorische Sitzungen können als solche gekennzeichnet werden und sind über die psychotherapeutischen Gebührennummern zu berechnen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4500	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4501	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4501 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	115,00 €
4502	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4502 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	85,00 €
4503	Analytische Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4503 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	135,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4504	Analytische Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4504 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	100,00 €
4505	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.</i> <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4505 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4506	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4506 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	115,00 €
4507	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4507 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	85,00 €
4508	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4508 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	135,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4509	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4509 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	100,00 €
4510	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Im Rahmen von Expositionsbehandlungen kann die Leistung nach Nummer 4510 je vollendete 50 Minuten bis zu viermal je Sitzung berechnet werden und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht.</i> <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4510 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4511	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern im Rahmen von Expositionsbehandlungen, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu viermal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	57,50 €
4512	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu viermal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	42,50 €
4513	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu viermal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	67,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4514	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu viermal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	50,00 €
4515	Systemische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht. Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4515 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4516	Systemische Psychotherapie, als Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern und ggf. zusätzlich deren Angehörigen oder als Familientherapie, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4516 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	85,00 €
4517	Systemische Psychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4517 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	135,00 €
4518	Gesprächspsychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht. Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4518 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4519	Gesprächspsychotherapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 5 bis höchstens 9 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4519 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	85,00 €
4520	Gesprächspsychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4520 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	135,00 €
4521	Neuropsychologische Therapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.</i> <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4521 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4522	Neuropsychologische Therapie, Gruppenbehandlung mit mindestens 2 bis höchstens 5 Teilnehmern, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4522 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	115,00 €
4523	Hypnotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.</i> <i>Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4523 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.</i> <i>Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4524	Therapie mittels der EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht. Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4524 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	145,00 €
4525	Paartherapie, als analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder systemische Psychotherapie, je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten <i>Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht. Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4525 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Dauer und die Anzahl der Teilnehmer sind in der Rechnung anzugeben.</i>	80,00 €
4526	Biofeedback zur Diagnostik und/oder Therapie einer neurologischen/psychischen/psychosomatischen Erkrankung durch Rückmeldung apparativ gemessener Körpersignale (Biofeedback, Neurofeedback), Dauer mindestens 45 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4526 ist je Behandlungsfall bis zu achtmal berechnungsfähig.</i>	81,77 €
4527	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4500, 4501, 4503, 4505, 4506, 4508, 4510, 4511, 4513, 4515, 4517, 4518 oder 4520 für bis zu 10 Sitzungen im Kalenderhalbjahr, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4527 ist während eines stationären Aufenthaltes nicht berechnungsfähig.</i>	20,00 €
4528	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4502, 4504, 4507, 4509, 4512, 4514, 4516 oder 4519 für bis zu 10 Sitzungen im Kalenderhalbjahr, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4528 ist während eines stationären Aufenthaltes nicht berechnungsfähig.</i>	15,00 €

Kapitel H

Gynäkologie und Geburtshilfe

Vertraulich

I. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**07.01****Allgemeine Bestimmungen**

1. Ein Versuch beinhaltet alle Maßnahmen mit dem Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft wie hormonelle Stimulation, Insemination, In-Vitro-Fertilisation einschließlich Embryonentransfer, intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) bis maximal zum ersten Schwangerschaftstest.
2. Neben den Leistungen nach Nummer 4600, 4602, 4603 oder 4611 sind die Leistungen nach Nummer 1200, 1222, 1226 oder 1227 sowie die dazugehörigen Zuschläge nicht berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4600	Zyklus-Monitoring bei Sterilität im Rahmen eines Versuchs oder einer hormonellen Stimulation bei einer IVF-/ICSI-Therapie, einschließlich - Follikulometrie - Kontrolle des Endometrium(aufbau)s durch Sonographie - Stimulationsüberwachung - Ovulationsmonitoring durch Sonographie, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4600 kann nur bis zum einschließlich 14. Stimulationstag und im Rahmen eines Versuchs bis zu viermal abgerechnet werden.</i>	85,65 €
4601	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4600 für besonders lange Stimulationen (über 20 Tage), z.B. bei Patientinnen mit polyzystischen Ovarien (PCO), für besonders lange Stimulationsüberwachung, z.B. bei Patientinnen mit PCO-Syndrom oder unzureichender Reaktion ab dem 15. Stimulationstag bis zur Ovulationsauslösung. <i>Ansonsten entspricht die Leistungslegende der Nummer 4600 und ist im Rahmen eines Versuches bis zu viermal über die Maximalanzahl der Nummer 4600 hinaus berechnungsfähig.</i>	63,80 €
4602	Insemination, unabhängig von der Art der durchgeführten Insemination, einschließlich aller in der gleichen Sitzung durchgeführten Teilleistungen: - Beratung - transvaginaler Ultraschall - vaginaler Behandlung - Spiegeleinstellung und Desinfektion der Scheide, ggf. einschließlich - Gebärmutterhalsdehnung und Anheben der Portio - Katheterisierung von Gängen und Fisteln	174,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4603	Follikelpunktion zur Eizellgewinnung, zur Gewinnung von null bis zu zwölf Eizellen, einschließlich - Desinfektion/Reinigung des Zugangsgebietes - transvaginaler sonographisch unterstützter Follikelpunktion und Eizellabsaugung/Eizellentnahme - Untersuchung der Follikelflüssigkeit - Isolierung der Eizell-Kumuluskomplexe aus dem Follikelpunktat - mikroskopisch-zytologischer Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel mit Feststellung des Reifegrades - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung - aller sonographischen Untersuchungen - ambulanter Nachbetreuung am Punctionstag, ggf. einschließlich - Gebärmutterhalsdehnung und transvaginaler Untersuchung - Punktion des Douglasraumes - zusätzlichem Spülen des Follikels - notwendigem Stillen einer vaginalen Blutung mittels Tamponade <i>Die Leistung nach Nummer 4603 ist am Tag der Punction nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4603 ist neben der Leistung nach Nummer 1227, 1319, 4708 oder 4710 nicht berechnungsfähig.</i>	270,86 €
4604	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4603 bei Follikelpunktion mit mehr als 12 gewonnenen Eizellen. <i>Der Zuschlag ist je Eizelle über die Anzahl 12 hinaus berechnungsfähig.</i>	32,59 €
4605	In-Vitro-Fertilisation (IVF), evtl. mit ICSI, einschließlich - Fertilisation der Eizellen durch Hinzufügen der Spermiesuspension oder zusätzlich abzurechnender Mikroinsemination nach Nummer 4606 - Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen - Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen - Putzen der Eizell-Kumuluskomplexe mit mikroskopisch-zytologischer Untersuchung zur Beurteilung der Befruchtung - Pronucleus-Kultivierung bis zum ersten Tag nach der Eizellentnahme - aller vorbereitenden/begleitenden Maßnahmen (u.a. Temperatur-/Gaseichung, Ansetzen Kulturmedium etc.) - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung <i>Die Leistung nach Nummer 4605 ist im Rahmen eines Versuchs nur einmal berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	820,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4606	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4605 für die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), bis zu fünf Eizellen, einschließlich - Präparation der Eizellen und Spermien mit anschließender mikroskopischer Durchführung der Mikroinjektion einzelner Spermien in Metaphase II Oozyten - Aufsuchen/Immobilisation eines Spermiums - Vorbehandlung des Follikelpunktats - Entfernung des Eizellkumulus - aller vorbereitender Maßnahmen (u.a. Justierung, Eichung) - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4606 ist bis zu viermal neben der Leistung nach Nummer 4605 berechnungsfähig.</i>	1 825,82 €
4607	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4605 für Anlage einer Prä-Embryonen-Kultur bei IVF oder ICSI, einschließlich - Umsetzen von Pronucleus-Zellen - Kultivierung bis zu zwei Tagen - mikroskopisch-zytologischer Untersuchung zur Beurteilung der Embryonenentwicklung und -morphologie, je Versuch	668,54 €
4608	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4605 für die verlängerte Kultivierung in das Blastozystenstadium, einschließlich - Umsetzen und Kultivierung (ggf. mittels Sequenzkultur) ab dem 3. Tag nach dem Ansetzen der Prä-Embryonen-Kultur - mikroskopisch-zytologischer Untersuchung zur Beurteilung der Embryonenentwicklung und -morphologie - aller vorbereitenden/begleitenden Maßnahmen (u.a. Temperatur/-Gaseichung, Ansetzen Kulturmedium, etc.) - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4608 ist im Rahmen eines Versuchs auch bei mehr als einer verlängerten Kultivierung nur einmal berechnungsfähig. Bei Nutzung von kryokonserviertem Material ist die Leistung nach Nummer 4608 erneut einmal je Versuch berechnungsfähig.</i>	373,94 €
4609	Biochemische oder mechanische Spermienpräparation aus Gewebe oder Punktat des Hodens oder Nebenhodens, einschließlich - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung - Auftauen einer kryokonservierten Hodengewebsprobe (HGP) - aller notwendigen Spermienpräparationen und Kapazitationen, bis zu zwei Stunden Suchzeit <i>Die Leistung nach Nummer 4609 ist je 2-stündiger Suchzeit berechnungsfähig.</i>	205,32 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4610	Spermienpräparation, Aufbereitung, einschließlich aller notwendigen Kontrollen vor oder nach der Präparation oder Kapazitation, ggf. einschließlich - Dichtegradientenisolierung oder anderer Verfahren - Waschen des Ejakulates <i>Die Leistung nach Nummer 4610 ist im Rahmen einer Insemination/IVF-Maßnahme unabhängig von der Aufbereitungsart nur einmal berechnungsfähig.</i>	76,11 €
4611	Embryotransfer, einschließlich - aller durchgeführten Maßnahmen, Untersuchungen, Beratungen, Vor- und Nachbereitungen - vaginaler Behandlung - Desinfektion - Reinigung des Zugangsgebietes - mikroskopischer Untersuchung der Embryonen vor Embryotransfer - mikroskopisch kontrollierter Aufnahme in den Katheter - Einbringen in die Gebärmutter - Injektion der oder des Embryo(nen) - aller notwendigen sonographischen Untersuchungen oder Kontrollen am Transfertag - mikroskopischer Untersuchung des Katheters nach dem Transfer - notwendiger Dokumentation nach Transplantationsgesetz, Gesetz zum Schutz von Embryonen, Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion sowie ggf. bestehenden landesrechtlichen Regelungen der zuständigen Landesärztekammer und Arzneimittelgesetz in der jeweils gültigen Fassung - medizinisch notwendiger Nachbetreuung bis zum Verlassen der Einrichtung <i>Die Leistung nach Nummer 4611 ist auch bei einem Transfer von mehr als einem Embryo nur einmal berechnungsfähig.</i>	175,92 €
4612	Kryokonservierung oder Vitrifikation von Eizellen, Vorkern-Eizellen, Blastozysten, Spermien, Ejakulat, Ovarien- oder Hodengewebsproben, einschließlich Vorbereitung und Präparation des Materials <i>Die Leistung nach Nummer 4612 ist für Eizellen, Vorkern-Eizellen und Blastozysten pro eingesetztem Kryohalm abzurechnen. Anderes Material ist unabhängig von der Anzahl des gleichen kryokonservierten Materials im Rahmen einer Materialgewinnung nur einmal berechnungsfähig</i>	262,95 €
4613	Auftauen von kryokonservierten Eizellen, Vorkern-Eizellen, Blastozysten, Spermien, Ejakulat oder Hodengewebsproben zur Verwendung für einen Versuch, einschließlich - aller notwendigen Teilschritte für das Auftauen - Kontrolle des aufgetauten Materials <i>Die Leistung nach Nummer 4613 ist im Rahmen eines Versuches pro Kryohalm nur einmal berechnungsfähig.</i>	117,50 €
4614	Aktive Schlüpfhilfe (Assisted Hatching), unabhängig vom Verfahren (mechanisch, chemisch, lasergestützt), einschließlich der Kosten für die Anwendung der Laserquelle	133,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4615	Kontinuierliche Beurteilung der Embryonalentwicklung in einem Inkubator-System, ggf. mit integrierter Kamera (z.B. „Embryoscope“, Times-Lapse-Aufzeichnung, o.ä.), einschließlich Kultivierung unter standardisierten Bedingungen und ggf. Foto- bzw. Filmdokumentation <i>Die Leistung nach Nummer 4615 ist unabhängig von der Anzahl der Embryonen und aufgenommenen Fotos nur einmal je Versuch berechnungsfähig.</i>	418,83 €
4616	Selektion von Spermatozoen nach morphologischen Kriterien und hoher lichtmikroskopischer Vergrößerung für anschließende ICSI (IMSI)	265,40 €
4617	Selektion von Spermatozoen nach der Bindungskapazität an Hyaluronan oder anderes Rezeptormaterial für die anschließende ICSI (PICSI)	176,94 €
4618	Endometriumbiopsie oder gezielte Traumatisierung des Endometriums vaginal mit einer Pipette oder eine Curette vor einer geplanten Maßnahme der assistierten Reproduktion (Endometrium-Scratching)	95,65 €
4619	Betrachtung der Eizellen unter einem Spezialmikroskop zur Auswahl der Eizellen mit bestem Entwicklungspotential (z.B. Spindle-View) <i>Die Leistung nach Nummer 4619 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Eizellen im Rahmen eines Versuches nur einmal berechnungsfähig.</i>	243,05 €
4620	Eröffnung der Schutzhülle der Blastozyste(n) und Zellentnahme im Rahmen einer PID einschließlich aktive Schlüpfhilfe (Assisted Hatching) <i>Die Leistung nach Nummer 4620 ist unabhängig von der Anzahl der entnommenen Zellen bis zu sechsmal je Versuch berechnungsfähig.</i>	300,00 €
4621	Überwachung der Lutealphase, einschließlich - Schwangerschaftstest - Laboranalytik, ggf. einschließlich - eingehender Beratung - Substitution <i>Die Leistung nach Nummer 4621 ist bis zum ersten Schwangerschaftstest einmal berechnungsfähig. Beratungen ausschließlich zur Lutealphase sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	128,00 €
4623	Mechanische oder laserassistierte Eröffnung der Schutzhülle der Eizelle(n)/Vorkernstadien und Gewinnung von Zellmaterial im Rahmen der Polkörperdiagnostik (PKD) <i>Die Leistung nach Nummer 4623 ist unabhängig von der Anzahl der entnommenen Zellen bis zu sechsmal je Versuch berechnungsfähig.</i>	152,91 €

II. Konservative Gynäkologie und Geburtshilfe**07.02****Allgemeine Bestimmungen**

1. Neben den Leistungen nach Nummer 4717, 4718, 4724, 4726, 4727 oder 4728 sind die Leistungen nach Nummer 1200, 1222, 1226 oder 1227 sowie die dazugehörigen Zuschläge nicht berechnungsfähig.
2. Die Leistungen nach Nummer 4756 bis 4763 umfassen alle erforderlichen Eröffnungs- und Verschlussleistungen im Rahmen des fetoskopischen Eingriffs.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4622	Gebärmuttersspülung oder Kulturzusatz mit wachstums- oder einnistungsfördernden Zubereitungen oder Substanzen einmal im Zusammenhang mit Embryotransfer	67,87 €
4700	Diagnostische Urethrozystoskopie bei der Frau, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Harnblasensondierung - Harnblasenspülung	47,42 €
4701	Urodynamische Untersuchung bei der Frau, ggf. einschließlich - fortlaufender Registrierung - Bestimmung der Blasenkapazität - Bestimmung des Blasenentleerungs- und -verschlussdrucks - Injektion pharmakodynamischer Substanzen - Dehnung der Harnröhre - Spülung - Instillation von Arzneimitteln - Katheterisierung der Harnblase - Einlegung eines Verweilkatheters	73,76 €
4702	Periurethrale Injektionstherapie	21,96 €
4703	Injektionstherapie in den M. detrusor	24,40 €
4704	Vaginoskopie bei Virgo oder Vaginalstenose, auch bei Trauma	47,60 €
4705	Kolposkopie	16,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4706	Differenzialkolposkopie bei pathologischem Befund, ggf. einschließlich Gewebeentnahme	51,54 €
4707	Gewinnung von Zellmaterial aus dem Cavum uteri und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4707 ist unabhängig von der Anzahl der Probeentnahmen nur einmal je Körperstelle und je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4707 ist neben der Leistung nach Nummer 111 nicht berechnungsfähig.</i>	22,04 €
4708	Vaginale Behandlung, ggf. einschließlich - Ätzung des Gebärmutterhalses - Behandlung von Portioerosionen <i>Die Leistung nach Nummer 4708 ist neben der Leistung nach Nummer 4600, 4602, 4603 oder 4611 nicht berechnungsfähig.</i>	7,49 €
4709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4708 für Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter	5,83 €
4710	Tamponade einer vaginalen Blutung	12,94 €
4711	Probeexzision(en) aus Portio und Cervix uteri, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Naht	36,05 €
4712	Probeexzision(en) aus Vagina und/oder Vulva und/oder Probestanze von der Vulva, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Naht	36,05 €
4713	Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage, ggf. einschließlich Lokalanästhesie	36,05 €
4714	Einlegen oder Wechseln oder Entfernung eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters, auch zur Lageverbesserung der Gebärmutter	12,94 €
4715	Einlegen und/oder Wechsel eines Intrauterinpeessars, ggf. einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus)	47,60 €
4716	Entfernung eines Intrauterinpeessars, ggf. einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus)	24,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4717	Zyklus-Monitoring zur Abklärung, einschließlich - Follikulometrie - Kontrolle des Endometrium(aufbau)s - Ovulationsmonitoring mittels Ultraschall, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4717 ist neben der Leistung nach Nummer 4600 nicht berechnungsfähig.</i>	52,22 €
4718	Diagnostische Hysteroskopie, einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus), ggf. einschließlich Inspektion der Tubenabgänge	67,87 €
4719	Amnioskopie	28,47 €
4720	Diagnostische Amniozentese, einschließlich Fruchtwasserentnahme unter Ultraschallsicht	68,09 €
4721	Chorionzottenbiopsie, unter Ultraschallsicht	90,33 €
4722	Nabelschnurpunktion (Chordozentese), unter Ultraschallsicht, ggf. einschließlich Injektion eines Arzneimittels	90,33 €
4723	Diagnostische Embryofetoskopie, unter Ultraschallsicht	121,08 €
4724	Intraamniotische Injektion zur Beendigung der Schwangerschaft, einschließlich Applikation des wehenfördernden Medikamentes und Ultraschallkontrolle	128,26 €
4725	Therapeutische Amnionpunktion, ggf. einschließlich Auffüllung	120,92 €
4726	Intrauterine Therapie des Fetus durch Nabelschnurtransfusion, einschließlich Ultraschallkontrolle, ggf. einschließlich - Nabelschnurpunktion - Injektion von Arzneimitteln - Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten	184,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4727	Intrauterine Therapie des Fetus durch Auffüllung oder Austausch von Fruchtwasser, einschließlich Ultraschallkontrolle, ggf. einschließlich Injektion von Arzneimitteln	184,59 €
4728	Intrauterine Therapie des Fetus durch Anlage von Drainagen, einschließlich Punktion und Ultraschallkontrolle	228,77 €
4729	Tokographische Untersuchung(en), je Sitzung	14,28 €
4730	Externe kardiotokographische Untersuchung(en), praepartal, je Kind <i>Die Leistung nach Nummer 4730 ist ab einer Dauer von über 60 Minuten zweimal berechnungsfähig. Bei zweifacher Berechnung ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	25,17 €
4732	Externe kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal, je Kind, Dauer mehr als 6 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 4732 ist neben der Leistung nach Nummer 4776 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4732 ist neben der Leistung nach Nummer 4730 am selben Kalendertag nicht berechnungsfähig.</i>	60,00 €
4733	Dilatation der Cervix uteri	17,92 €
4734	Amniotomie in Verbindung mit anderen Leistungen, wie z.B. zur Gewinnung fetalen Blutes oder zum Anlegen einer Kopfschwartenelektrode	36,74 €
4735	Ultraschallassistierte äußere Wendung	205,18 €
4736	Überwachung und Leitung einer spontanen Geburt <i>Die Leistung nach Nummer 4736 ist neben der Leistung nach Nummer 4737 nicht berechnungsfähig.</i>	317,73 €
4737	Vaginale Entbindung bei Beckenendlage <i>Die Leistung nach Nummer 4737 ist neben der Leistung nach Nummer 4736 nicht berechnungsfähig.</i>	429,58 €
4738	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4736 oder 4737 für Risikogeburt, z.B. bei Nabelschnurumschlingung, Vorliegen von grünem Fruchtwasser (Mekonium), Dezelerationen im CTG, Verdacht auf intrauterine Asphyxie, partielle Plazenta(rand)lösung, Vorliegen einer Frühgeburt (vor 36. Schwangerschaftswoche)	120,40 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4739	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4736 oder 4737 für Mehrlingsgeburt, je weiteres Neugeborenes	169,30 €
4740	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4736 oder 4737 für Zangen- oder Vakuumentbindung	112,87 €
4741	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4736 oder 4737 für innere oder kombinierte Wendung	66,14 €
4742	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4736 oder 4737 für die komplette manuelle Extraktion	66,14 €
4743	Nicht vollendete vaginale Entbindung	96,59 €
4744	Schnittentbindung (Sectio caesarea), ggf. einschließlich - manueller Plazentalösung - Kürettage	273,07 €
4745	Erneute Schnittentbindung (Re-Sectio caesarea), ggf. einschließlich - manueller Plazentalösung - Kürettage	319,70 €
4746	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4744 oder 4745 für Uterusexstirpation	404,21 €
4747	Manuelle Plazentalösung oder Entfernung von Plazentaresten, ggf. einschließlich Kürettage	143,02 €
4748	Dammschnitt (Episiotomie) mit anschließender Naht	61,09 €
4749	Operative Korrektur eines Dammrisses 1. bis 2. Grades und/oder eines Scheidenrisses, ggf. einschließlich Muskelnähten	61,09 €
4750	Operative Korrektur eines Dammrisses 3. oder höheren Grades post partum, einschließlich Muskelnähten und Rekonstruktion von Spinkter ani und/oder Rektum und/oder Urethra	137,50 €
4751	Rekonstruktion des Gebärmutterhalses post partum,	100,15 €
4752	Entleerung eines Hämatoms an Vulva, Perineum und paravaginalem Gewebe	84,12 €
4753	Erstversorgung eines Neugeborenen	75,37 €
4754	Erstversorgung mit Reanimation eines Neugeborenen	146,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4755	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	23,09 €
4756	Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballon(s)/Tracheal-Ballonokklusion, ggf. einschließlich Ultraschallkontrolle	894,47 €
4757	Entfernung eines Trachealballons mittels Fetoskopie, ggf. einschließlich ultraschallgezielter Punktion und Laseranwendung	589,76 €
4758	Fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen, ggf. einschließlich Monitoring und Dokumentation	894,47 €
4759	Vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe am Fetus, z.B. mittels Ballondilatation	1 205,12 €
4760	Ex-utero Intrapartum Treatment-Operation (EXIT-Manöver) beim Fetus mit Kehlkopf- und/oder Luftröhrenverschluss unter Entbindung	1 659,74 €
4761	Fetoskopische Eröffnung der Harnblase mit vesico-amnialer Shuntanlage	894,47 €
4762	Fetoskopischer operativer Verschluss/Abdeckung des offenen Rückens, ggf. einschließlich CO2-Amnion-Insufflation	1 205,12 €
4763	Implantation eines Herzschrittmachers als intrauteriner Eingriff am Feten	894,47 €
4764	Intrauterine Einlage eines thorako-amnialen Shunts (z.B. beim Pleuraerguss) am Feten	491,63 €
4765	Intrauterine Radiofrequenz-Ablation der Nabelschnur	491,63 €
4766	Intrauterine Laserkoagulation bei Zwillingstransfusionssyndrom (FFTS)	577,11 €
4767	Intrauterine Eröffnung eines Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses am Feten	894,47 €
4768	Fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen	894,47 €
4769	Intrauterine Eröffnung des Foramen ovale	1 512,42 €
4770	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4756, 4757, 4758, 4759, 4760, 4761, 4762, 4763, 4764, 4765, 4766, 4767, 4768 oder 4769 für die intraoperative Fetalblutentnahme	90,21 €
4771	Intrauterine Erythrozyten-Transfusion (IUT)	184,59 €
4772	Intrauterine Thrombozyten-Transfusion (IUTT)	184,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4773	Zuschlag zu den Leistungen der konservativen Gynäkologie des Abschnitts H II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 37,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4773, 4774 oder 4775 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4773 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4773 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4773 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
4774	Zuschlag zu den Leistungen der konservativen Gynäkologie des Abschnitts H II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 37,00 EUR bis zu 69,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4773, 4774 oder 4775 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4774 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4774 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4774 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
4775	Zuschlag zu den Leistungen der konservativen Gynäkologie des Abschnitts H II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 69,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4773, 4774 oder 4775 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4775 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4775 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4775 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4776	Externe kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal, je Kind, Dauer bis zu 6 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 4776 ist neben Leistung nach Nummer 4732 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4776 ist neben der Leistung nach Nummer 4730 am selben Kalendertag nicht berechnungsfähig.</i>	28,17 €
4777	Interne kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal, je Kind, Dauer unter 6 Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 4777 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4778 berechnungsfähig.</i>	31,74 €
4778	Interne kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal, je Kind, je vollendete 6 Stunden	100,86 €
4779	Uterustamponade zur Blutstillung, ggf. einschließlich vaginaler Tamponade	37,80 €

Kapitel I

Leistungen der konservativen Augenheilkunde

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

Die diagnostischen Leistungen des Kapitels I umfassen die Leistungserbringung auch für beide Augen, soweit in den einzelnen Leistungsbeschreibungen nichts anderes bestimmt ist. Therapeutische Leistungen des Kapitels I sind bei beidseitiger Erbringung je Auge berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4800	Objektive Refraktionsbestimmung, z.B. mittels Anwendung eines Refraktometers oder Skiaskops <i>Die Leistung nach Nummer 4800 ist bei Messung bei spielender Pupille und bei erweiterter Pupille zweimal berechnungsfähig.</i>	10,32 €
4801	Subjektive Refraktionsbestimmung, mit sphärischen und/oder sphärisch-zylindrischen Gläsern	20,00 €
4802	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z.B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit	28,80 €
4803	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation, z.B. mittels Akkommodometer oder Bestimmung des Nahzusatzes	14,82 €
4804	Qualitative und/oder quantitative Untersuchung der Aniseikonie	13,31 €
4805	Vermessung von Brillengläsern auf Stärke und/oder Zentrierung, je Brille	7,82 €
4806	Erstanpassung und Auswahl von Kontaktlinse(n), einschließlich der Leistungen nach Nummer 4830 und 4832 <i>Die Leistung nach Nummer 4806 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	48,18 €
4807	Prüfung auf Sitz und Funktion von Kontaktlinse(n), einschließlich der Leistung nach Nummer 4830 <i>Die Leistung nach Nummer 4807 ist neben der Leistung nach Nummer 4806 nicht berechnungsfähig.</i>	29,79 €
4808	Bestimmung von vergrößernden Sehhilfen, je Sehhilfe	40,59 €
4809	Berechnung der Stärke einer intraokularen Linse als selbständige Leistung, je Auge	14,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4810	Untersuchung auf Heterophorie (latentes Schielen) bzw. Strabismus (manifestes Schielen), mittels Untersuchung der einfachen Motorik der Augen und/oder der qualitativen Untersuchung des binokularen Sehaktes	18,98 €
4811	Untersuchung der Zyklotropie, z.B. mittels Laser-Scanning-Ophthalmoskopie (LSO) und/oder mittels haploskopischer Verfahren	17,44 €
4812	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens neun Blickrichtungen, je Auge	28,60 €
4813	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen, je Auge	56,52 €
4814	Untersuchung eines oder mehrerer Augenmuskeln auf passive Beweglichkeit (Traktionstest), je Auge	14,01 €
4815	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes (Sensorik der Augen)	28,39 €
4816	Untersuchung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, z.B. mittels Prismenadaptationstest oder Disparometer, je Sitzung	11,86 €
4817	Dynamische Bestimmung des maximalen Schielwinkels, z.B. mittels Prismenadaptionstest, je Sitzung	11,86 €
4818	Kampimetrie, z.B. mittels Amsler-Test	14,01 €
4819	Untersuchung des Gesichtsfeldes mittels kinetischer Perimetrie, manuell oder automatisch	31,65 €
4820	Untersuchung des Gesichtsfeldes mittels rechnergestützter statischer Profilperimetrie, auch als Farbperimetrie, an mindestens 50 Prüfpunkten	34,46 €
4821	Untersuchung des Gesichtsfeldes mittels Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie und/oder Rauschfeld-Perimetrie	9,99 €
4822	Untersuchung des Dämmerungssehens vor und/oder während und/oder nach der Blendung	30,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4823	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	34,04 €
4824	Qualitative und/oder quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität, z.B. mittels Ästhesiometer	13,93 €
4825	Untersuchung des Farbensinns mit Pigmentproben, z.B. Farbtafeln oder Farbflecklegetest	8,10 €
4826	Untersuchung des Farbensinns mit dem Anomaloskop, ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 4825	23,28 €
4827	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	71,41 €
4828	Pupillographie, einschließlich graphischer und/oder fortlaufender Dokumentation	21,86 €
4829	Untersuchung der Tränensekretionsmenge oder der Tränenfilmaufreißzeit <i>Die Leistung nach Nummer 4829 ist bei der Untersuchung der Tränensekretionsmenge und der Tränenfilmaufreißzeit in derselben Sitzung zweimal berechnungsfähig.</i>	5,17 €
4830	Spaltlampenmikroskopie des vorderen und mittleren Augenabschnitts, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Pols	18,00 €
4831	Photographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des vorderen oder mittleren Augenabschnitts, je Sitzung	17,07 €
4832	Messung der Hornhautkrümmungsradien	8,50 €
4833	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. einschließlich Messung der Hornhautkrümmungsradien	44,71 €
4834	Konfokale Scanning-Mikroskopie des vorderen Augenabschnitts, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels, ggf. einschließlich Bilddokumentation	72,24 €
4835	Sonographische und/oder optische Messung der Länge des Augapfels und/oder von Teilstrecken, z.B. Pachymetrie	40,79 €
4836	Quantitative Messung der Lage der Augenvorderfläche mit dem Exophthalmometer	7,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4837	Untersuchung des Kammerwinkels mittels Gonioskopie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Spaltlampenmikroskopie des vorderen und mittleren Augenabschnitts	22,69 €
4838	Untersuchung der Durchgängigkeit der ableitenden Tränenwege, z.B. durch Sondierung, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Spülung - Salbenfüllung, je Auge	18,24 €
4839	Untersuchung der Durchgängigkeit der ableitenden Tränenwege beim Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, z.B. durch Sondierung, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Spülung - Salbenfüllung, je Auge	40,41 €
4840	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4838 oder 4839 für die konservative Eröffnung von Verengungen oder Verwachsungen der ableitenden Tränenwege, je Auge	10,09 €
4841	Tonometrische Untersuchung mit bis zu drei Messungen <i>Die Leistung nach Nummer 4841 ist einmal je Kalendertag berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4841 ist neben der Leistung nach Nummer 4842 nicht berechnungsfähig.</i>	16,51 €
4842	Tonometrische Untersuchung, mindestens vier Messungen, auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflusswiderstandes <i>Die Leistung nach Nummer 4842 ist einmal je Kalendertag berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4842 ist neben der Leistung nach Nummer 4841 nicht berechnungsfähig.</i>	30,25 €
4843	Rechnergestützte Tomographie und/oder sonographische Untersuchung der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich Farbkodierung <i>Bei mehrfacher Berechnung pro Tag ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	38,75 €
4844	Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes, ggf. einschließlich - diasklerale Durchleuchtung - Spaltlampenmikroskopie des vorderen und mittleren Augenabschnitts	33,45 €
4845	Fundusphotographie von Veränderungen des Augenhintergrunds	27,07 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4847	Lokalisation einer oder mehrerer Netzhautveränderungen, als selbständige Leistung, als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	47,34 €
4848	Fluoreszenzangiographische Untersuchung des Augenhintergrundes, einschließlich Applikation des Teststoffes <i>Die Leistung nach Nummer 4848 ist bei Durchführung einer Fluoreszein-Angiographie und einer Indocyaningrün-Angiographie in der gleichen Sitzung zweimal berechnungsfähig.</i>	60,24 €
4849	Biomorphometrische Untersuchung des Augenhintergrundes, mittels Heidelberg Retina Tomograph (HRT), Nervenfasernalysegerät (GDx) oder Laser-Scanning-Ophthalmoskopie (LSO), ggf. einschließlich Farbkodierung <i>Die Leistung nach Nummer 4849 ist neben der Leistung nach Nummer 4850 nicht berechnungsfähig. Bei mehrfacher Berechnung pro Tag ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	33,90 €
4850	Rechnergestützte Tomographie des Augenhintergrundes mittels Frequency Domain-Optical Coherence Tomography (FD-OCT), ggf. einschließlich Farbkodierung <i>Die Leistung nach Nummer 4850 ist neben der Leistung nach Nummer 4849 nicht berechnungsfähig.</i>	84,32 €
4851	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4850 für Angio-Optical Coherence Tomography (Angio-OCT)	32,21 €
4852	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße, ggf. einschließlich Farbkodierung, z.B. Heidelberg Retinal Flowmeter (HRF)	53,90 €
4853	Autofluoreszenzuntersuchung des Augenhintergrundes, einschließlich Photodokumentation	31,48 €
4854	Lokalisation eines intraokularen oder intraorbitalen Fremdkörpers, z.B. mittels Comberg-Schale, je Auge	28,76 €
4855	Kontaktglasdynamometrie <i>Die Leistung nach Nummer 4855 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	28,53 €
4856	Orthoptische und/oder pleoptische Übungen, je vollendete 15 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4856 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	14,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4857	Entfernung von Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut und/oder mechanische Epilation von Wimpern, ggf. einschließlich - Fluoreszeinprobe - Ektropionieren - Auswischen der Übergangsfalte - Oberflächenanästhetikum - Verband, je Auge	16,81 €
4858	Entfernung von haftenden Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut und/oder nichtmechanische Epilation von Wimpern, ggf. einschließlich - Fluoreszeinprobe - Ektropionieren - Auswischen der Übergangsfalte - Oberflächenanästhetikum - Verband, je Auge	23,67 €
4859	Subkonjunktivale therapeutische Injektion, als selbständige Leistung, je Auge	13,44 €
4860	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung) mit Behandlungsplan, einschließlich Infusion des Photosensibilisators, je Auge	94,53 €
4861	Diasklerale Durchleuchtung, als selbständige Leistung	22,69 €
4862	Analyse der Lipidsekretion der Meibomdrüsen <i>Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Leistung nach Nummer 4862 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	6,88 €
4863	Thermodynamische Therapie der Meibomdrüsen-Dysfunktion <i>Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Leistung nach Nummer 4863 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	16,21 €
4864	Temporärer oder dauerhafter Tränenwegsverschluss durch Implantat und/oder Entfernung und/oder Wechsel eines temporären Verschlusses der ableitenden Tränenwege und/oder Entfernung einer Tränenwegsintubation, je Auge	33,34 €
4865	Injektionsbehandlung des Blepharospasmus und/oder des spastischen Entropiums, z.B. mit Botulinum-Toxin, je Auge	36,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4866	Postoperative Betreuung, Führung und Schulung eines Patienten nach Implantation einer intraokularen Sonderlinse mit Zusatzfunktion <i>Die Leistung nach Nummer 4866 ist nach der Implantation einer intraokularen Sonderlinse mit Zusatzfunktion nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4866 ist neben Beratungs- und Schulungsleistungen nicht berechnungsfähig.</i>	43,28 €
4867	Postoperative Messung der Achslage einer torischen intraokularen Sonderlinse <i>Die Leistung nach Nummer 4867 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10369 nicht berechnungsfähig.</i>	35,16 €
4868	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 25,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4868, 4869 oder 4870 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels. Der Zuschlag nach Nummer 4868 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 4868 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 4868 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
4869	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 25,00 EUR bis zu 34,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4868, 4869 oder 4870 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels. Der Zuschlag nach Nummer 4869 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 4869 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 4869 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4870	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 34,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4868, 4869 oder 4870 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4870 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4870 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 4870 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
4871	Wellenfront-Analyse des gesamten Abbildungsapparates des Auges zur Ermittlung der Abbildungsfehler höherer Ordnung	71,41 €

Kapitel J

Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie

Vertraulich

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4900	Hörprüfung mit Einschluss des Tongehörs Prüfung von Umgangs- und Flüstersprache sowie von Luft- und Knochenleitung	12,03 €
4901	Ausführliche Erhebung des Hörstatus mit Erhebung der individuellen alltagsrelevanten Hörsituationen sowie der audiologischen Gegebenheiten mit einer Mindestdauer von einer Stunde unter Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebögen z.B. APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) und Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller mit schriftlicher Aufzeichnung und Einleitung einer Behandlung oder ausführliche Erhebung des Stimm- und Sprachstatus mit einer Mindestdauer von einer Stunde	79,36 €
4902	Anwendung und Auswertung eines Frageninventares zur Bewertung subjektiver Beeinträchtigungen durch Ohrenerkrankungen (z.B. Hörminderung, Hyperakusis, Tinnitus, Schwindel) oder eines Frageninventars bei Stimmstörungen und/oder auditiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung <i>Die Leistung nach Nummer 4902 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	12,76 €
4903	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung, auch mit Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle und/oder Schmerzschwelle, ein- oder beidseitig	18,52 €
4904	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4903 für die Richtungshörprüfung (mindestens 8 Richtungen auf einer Ebene)	20,88 €
4905	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4903 für die überschwellige audiometrische Untersuchung, z.B. Prüfung des Recruitments, Fowler-Test, SISI-Test, Lüscher-Test, Intensitätsbreitentest	20,88 €
4906	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4903 für die Tinnitusbestimmung, einschließlich - Bestimmung von Frequenzcharakter und Lautheit - Tinnitusvergleich und/oder Tinnitusverdeckbarkeit, ein- oder beidseitig	20,88 €
4907	Hörschwellenaudiometrie bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage zur differenzierten Ermittlung des monauralen oder binauralen Schwellengehörs, ggf. einschließlich - mittels Wobbeltönen - Schmalbandrauschen - Vertäubung oder Knochenleitung <i>Die Leistung nach Nummer 4907 ist bei Patienten mit kognitiver Störung mit medizinischer Begründung und Angabe der Diagnose auch nach dem vollendeten 12. Lebensjahr berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	40,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4907 für die Richtungshörprüfung (mindestens 5 Lautsprecher im Halbkreis in Kopfhöhe des Kindes im Abstand von 1 m nach DIN-Norm) und/oder Zeit- und Frequenzauflösung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4908 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5015, 5016 oder 5017 nicht berechnungsfähig.</i>	25,95 €
4909	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4907 für die überschwellige audiometrische Untersuchung, z.B. Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle oder der Dynamikbreite	23,56 €
4910	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4907 für Audiometrie zur Ermittlung des Schwellengehørs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen	30,79 €
4911	Sprachaudiometrische Untersuchung, nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, ggf. einschließlich - Untersuchung über Knochenleitung - Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher, ein- oder beidseitig	27,92 €
4912	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4911 für den dichotischen Diskriminationstest (mindestens 3 Gruppen) oder die Untersuchung der binauralen psychoakustischen Diskrimination	20,88 €
4913	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4911 für den dichotischen Diskriminationstest (mindestens 3 Gruppen) oder die Untersuchung der binauralen psychoakustischen Diskrimination bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 4913 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4912, 5015, 5016 oder 5017 nicht berechnungsfähig.</i>	24,43 €
4914	Sprachaudiometrie bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage mit standardisierten Sprachtests über Kopfhörer oder im freien Schallfeld und zugehörigem Bildmaterial entsprechend dem Entwicklungsalter (z.B. Mainzer Test, Oldenburger Kindertest, Göttinger Test, Freiburger Test) <i>Die Leistung nach Nummer 4914 ist bei Patienten mit kognitiver Störung mit medizinischer Begründung und Angabe der Diagnose auch nach dem vollendeten 12. Lebensjahr berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	43,36 €
4915	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4914 für den dichotischen Diskriminationstest (mindestens 3 Gruppen)	33,27 €
4916	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4914 für die Untersuchung der Hörmerkspanne	16,22 €
4917	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4914 für die Untersuchung der binauralen Fusion und/oder mittels zeitkomprimierter Sprache	38,92 €
4918	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4914 für den Lautdifferenzierungstest	51,90 €
4919	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4914 für die Untersuchung der binauralen psychoakustischen Diskrimination (Intensität, Frequenz, Tondauer)	44,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4920	Sprachaudiometrische Untersuchung oder Bestimmung der Aufblähkurve zur Kontrolle angepasster Hörsysteme und/oder Frequenz-Modulations-(FM-)Anlagen im freien Schallfeld, ggf. einschließlich Erörterung mit dem Hörgeräteakustiker	45,84 €
4921	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4920 für die Überprüfung des Hörgerätes mittels in-situ Real-Ear-to-Coupler Difference (RECD) und/oder Hörgeräte-Kuppler-Messung	26,85 €
4922	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4911, 4914 oder 4920 für die Sprachaudiometrie unter Störgeräusch <i>Bei Anpassung von Hörgeräten ist der Zuschlag nach Nummer 4922 bis zu zweimal je zuschlagsfähiger Hauptleistung berechnungsfähig.</i>	35,49 €
4923	Hörsystemanpassung und -Gebrauchsschulungen bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei einseitiger oder beidseitiger Versorgung, ggf. einschließlich Beratung und Anleitung der Bezugs- und/oder Betreuungsperson(en)	41,84 €
4924	Strukturierte Hörgeräte-Gebrauchsschulung einer Einzelperson bei Vorliegen einer Schwerhörigkeit, je vollendete 20 Minuten	22,74 €
4925	Fachgebundene telemedizinische Besprechung mit dem Hörgeräteakustiker über die Einstellung des Gerätes (online Geräteeinstellung)	13,00 €
4926	Messung(en) der Hörfeldskalierung (mindestens vier Frequenzen), ein- oder beidseitig, je Sitzung	34,57 €
4927	Impedanzmessung am Trommelfell, ggf. einschließlich Messung des Stapediusreflexes, ein- oder beidseitig	27,22 €
4929	Audioelektroenzephalographische Untersuchung ohne medikamentöse Schlafauslösung, z.B. Brainstem Electrical Response Audiometry (BERA), Cortical Evoked Response Audiometry (CERA), Notched-Noise-BERA, ein- oder beidseitig <i>Die Leistung nach Nummer 4929 ist je Kalendertag bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	96,32 €
4930	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4929 für die medikamentöse Schlafauslösung durch den untersuchenden Arzt	76,92 €
4931	Audioelektroenzephalographische Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr zur Hörschwellenbestimmung im Schlaf mit Schlafauslösung oder Sedierung durch den untersuchenden Arzt, z.B. Brainstem Electrical Response Audiometry (BERA), Cortical Evoked Response Audiometry (CERA), Notched-Noise-BERA, ein- oder beidseitig, auch in mehreren Sitzungen, je Kalendertag	232,62 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4932	Audioelektroenzephalographische Untersuchung mittels Brainstem Electrical Response Audiometry (BERA) bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr (z.B. Neugeborenenenscreening) ohne Schlafauslösung, ein- oder beidseitig, auch in mehreren Sitzungen, je Kalendertag	69,69 €
4933	Messung von Distorsionsprodukten otoakustischer Emissionen (DPOAE) oder transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE), ein- oder beidseitig	43,00 €
4934	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4933 für die Abschätzung der Hörschwelle durch Bestimmung der Wachstumsfunktion der DPOAE	9,70 €
4935	Elektrocochleographie, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringen von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Gehörgangsreinigung - Gazestreifen - Einbringen der Ableitelektrode	166,99 €
4936	Sprachprozessor-Erstanpassung nach erfolgter Implantation oder Wechsel eines Cochleaimplantates oder sonstigen Hörimplantates, einschließlich - technischer Funktionskontrolle der externen Komponenten und des Implantates - Messung und/oder Konditionierung und/oder Reaktionsaudiometrie zur Ermittlung der Wahrnehmungsschwelle für die elektrische Stimulation auf mehreren Elektroden - Messung des Most Comfortable Level (MCL) per Lautheitsskalierung bei elektrischer Stimulation auf mehreren Elektroden oder Verhaltensbeobachtung bei elektrischer Stimulation zur Auffindung der Unbehaglichkeitsschwelle, ggf. einschließlich - Abgleich der MCL-Stromwerte über die Elektrodenkontakte - Einstellung der Gesamtlautstärke bei aktiviertem Mikrofon im Freifeld und per Befragung des Patienten - Vergleich verschiedener Prozessorprogramme - Aufblähkurve - Sprachaudiometrie im Freifeld, ggf. auch unter Störschall - Hörfeldskalierung oder einfacher Lautheitsskalierung - Ableitung des Summenaktionspotentials des Hörnervens über das Implantat bei Stimulation über das Implantat	128,68 €
4937	Kontrolle und ggf. Neueinstellung des Sprachprozessors eines Cochleaimplantates oder sonstigen Hörimplantates unter Berücksichtigung von Lebensalter, der Hörerfahrung und der individuellen Befähigung des Patienten	128,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4938	Prüfung auf Spontan- und Provokationsnystagmus, z.B. Lage und Lageänderung und/oder Kopfschütteln und/oder Fistelsymptom, ggf. einschließlich - Prüfung auf Blickrichtungsnystagmus - Anwendung experimenteller Verfahren - Anwendung der Leuchtbrille - Koordinationsprüfung - klinischer Kopfpulstest	21,60 €
4939	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4938 für die Durchführung einer kalorischen Prüfung, ein- oder beidseitig	33,50 €
4940	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4938 für die graphische Aufzeichnung und Analyse der Augenbewegungen, z.B. Nystagmographie mittels Infrarot-, elektrischer oder Ultraschallregistrierung, ggf. einschließlich - Sakkadenprüfung - Blickfolgeprüfung - optokinetischer Testung und Fixationssuppression	24,00 €
4941	Videokopfpulstest mit Hochfrequenzvideookulographie, computertechnische Analyse des vestibulo-okulären Reflexes (Horizontaler VOR), ggf. einschließlich der vertikalen Bogengänge, beiderseitige Durchführung, einschließlich Auswertung und Dokumentation, ggf. einschließlich - Blickfolge-Test (ETT) - Bestimmung der subjektiv haptischen Vertikalen (SHV), auch in mehreren Sitzungen	49,00 €
4942	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4940 oder 4941 für den Drehstuhltest	26,91 €
4943	Untersuchung der Stand-Gang-Körperstabilität mittels posturographischer Verfahren oder Therapie einer Stand-Gang-Körperinstabilität mittels posturographisch kontrollierter Therapieverfahren, je Sitzung	53,68 €
4944	Befreiungsmanöver bei gutartigem Lagerungsschwindel, z.B. nach Epley, Semont, einschließlich - Patientenvorbereitung (z.B. auch bei Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule) - Erklärung und Durchführung von Übungsverfahren, z.B. im Rahmen des Schwindeltrainings, Dauer unter 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4944 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4945 berechnungsfähig.</i>	8,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4945	Befreiungsmanöver bei gutartigem Lagerungsschwindel, z.B. nach Epley, Semont, einschließlich - Patientenvorbereitung (z.B. auch bei Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule) - Erklärung und Durchführung von Übungsverfahren, z.B. im Rahmen des Schwindeltrainings, je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 4945 ist je Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	26,24 €
4946	Ableitung vestibulär evozierter myogener Potentiale ein- oder beidseitig, einschließlich der Reizung	68,79 €
4947	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle einer Seite zwecks diagnostischer Abklärung <i>Die Leistung nach Nummer 4947 ist neben der Leistung nach Nummer 4994, 4995, 4997, 4998, 5001, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030, 9033, 9034, 9044, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.</i>	15,06 €
4948	Rhinomanometrische Untersuchung, auch mit Abschwellen, ein- oder beidseitig	17,09 €
4949	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4948 für die Einbringung von Medikamenten bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, einschließlich erneuter rhinomanometrischer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4949 ist bis zu viermal je Kalendertag berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 4949 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4950, 5015, 5016 oder 5017 nicht berechnungsfähig.</i>	8,38 €
4950	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4948 für die Einbringung von Medikamenten, einschließlich erneuter rhinomanometrischer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 4950 ist bis zu viermal je Kalendertag berechnungsfähig.</i>	7,16 €
4951	Akustische Rhinometrie	25,37 €
4952	Absaugen der Nase und/oder Nebenhöhlen, als selbständige Leistung, je Sitzung	14,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4953	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums zwecks diagnostischer Abklärung, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Absaugen der Nasennebenhöhlen - Lokalanästhesie - photo-/videoendoskopische Dokumentation zur Verlaufsbeobachtung von Befunden des Nasopharynx, des Pharynx, der Mundhöhle oder des Larynx, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4953 ist neben der Leistung nach Nummer 4961, 9052, 9054, 9055, 9056, 9058, 9062, 9063, 9064, 9065, 9070, 9071, 9072 oder 9073 nicht berechnungsfähig.</i>	36,93 €
4954	Endoskopische Gewinnung von zytologischem Material/Sekreten im nasalen oder sinunasalen Bereich, als selbständige Leistung <i>Die Leistung ist berechnungsfähig im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Verdacht auf chronisch-entzündliche Schleimhauterkrankungen zur Endotypklassifizierung der chronischen Rhinosinusitis.</i>	41,37 €
4955	Ausstopfung der Nase von vorn, auch Einbringung von einer oder mehrerer Tamponaden <i>Die Leistung nach Nummer 4955 ist neben der Leistung nach Nummer 4957, 4958, 4960, 4961, 4962, 9054, 9062, 9063, 9073, 9076, 9079, 9080, 9082, 9087, 9093, 9098 oder 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	19,94 €
4956	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4955 für die Bellocq-Tamponade	50,26 €
4957	Entfernung von Fremdkörpern oder intranasalen Schienen und/oder Nasentamponaden aus dem Naseninnern, ggf. einschließlich - Tamponade - abschwellender Nasentropfen, ein- oder beidseitig <i>Die Leistung nach Nummer 4957 ist neben der Leistung nach Nummer 4955, 4958, 4960, 4961, 4962, 9054, 9062, 9063, 9073, 9076, 9079, 9080, 9082, 9087, 9093, 9098 oder 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	33,33 €
4958	Kauterisation und/oder Ätzung im Naseninnern, auch zur Stillung von Nasenbluten, ggf. einschließlich - Tamponade - Abschwellen der Nase, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 4958 ist neben der Leistung nach Nummer 4955, 4957, 4960, 4961, 4962, 9054, 9062, 9063, 9073, 9076, 9079, 9080, 9082, 9087, 9093, 9098 oder 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	33,33 €
4959	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4958 für die Anwendung eines Lasers	19,89 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4960	Gezielte Einbringung von Arzneimitteln, auch mittels Medikamententräger, z.B. hohe Einlage in die Nasenhaupthöhle, ggf. unter Einbeziehung von Naso- und/oder Oropharynx, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Nasentamponade, ein- oder beidseitig <i>Die Leistung nach Nummer 4960 ist neben der Leistung nach Nummer 4955, 4957, 4958, 4961, 9054, 9062, 9063, 9073, 9076, 9079, 9080, 9082, 9087, 9093, 9098 oder 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	27,98 €
4961	Endoskopische Untersuchung der Kiefer-, Siebbein-, Keilbein-, Stirnhöhle einer Seite von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. Untersuchung mehrerer dieser Höhlen, ggf. einschließlich - Punktion - Spülung und/oder Lokalanästhesie und/oder Instillation von Arzneimitteln - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Absaugen der Nasennebenhöhlen - Nasentamponade <i>Die Leistung nach Nummer 4961 ist neben der Leistung nach Nummer 4953, 4955, 4957, 4958, 4960, 9079, 9087 oder 9094 nicht berechnungsfähig.</i>	49,41 €
4962	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle, vom Naseninnern aus, ggf. einschließlich - Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Abschwellen der Nase - Nasentamponade/hoher Einlage, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 4962 ist neben der Leistung nach Nummer 4955, 4957, 4958, 9082, 9085 oder 9087 nicht berechnungsfähig.</i>	41,37 €
4963	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein- und/oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Instillation von Arzneimitteln	14,58 €
4964	Nachversorgung nach operativen Eingriffen an der Nase und/oder dem Nasennebenhöhlensystem sowie nach Ohroperationen, ggf. einschließlich - Entfernung von eingebrachten Materialien - Absaugen - lokaler Wundbehandlung einschließlich Instillation von Arzneimitteln - Spülung auch mehrerer dieser Höhlen	27,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4965	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung bzw. Saugung), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Lokalanästhesie	33,33 €
4967	Video-Hochgeschwindigkeits-Phonoskopie mittels kymographischer und digitaler Bild- und Befundauswertung des zeitlichen Ablaufs, der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und Glottisflächen bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken	68,28 €
4968	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes und/oder des Hypopharynx zwecks diagnostischer Abklärung, z.B. mittels Laryngoskop, ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln und/oder Lokalanästhesie - photo-/videoendoskopische Dokumentation zur Verlaufsbeobachtung von Befunden des Nasopharynx, des Pharynx, der Mundhöhle oder des Larynx <i>Die Leistung nach Nummer 4968 ist neben der Leistung nach Nummer 9126, 9127, 9128, 9129, 9133, 9140, 9143, 9144, 9145, 9147 oder 9148 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Bei Ansatz der Nummer 4968 neben der Nummer 3203 ist die medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	33,48 €
4970	Einführen und/oder Wechsel oder Entfernung einer Trachealkanüle oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, ggf. einschließlich Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 4970 ist neben der Leistungen nach Nummer 9158 oder 9160 nicht berechnungsfähig.</i>	44,05 €
4971	Tracheoskopie zur endoskopischen Inspektion der oberen Trachea in Bezug auf Schlucken und Sprechen sowie der lokalen Haut- und Schleimhautbeschaffenheit, ggf. über ein Tracheostoma, einschließlich Beurteilung der Trachealschleimhaut bzgl. einer Trachealkanüle, ggf. einschließlich - Wechsel einer Trachealkanüle - Schleimhautanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 4971 ist neben bronchoskopischen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	81,55 €
4972	Endotracheale Behandlung, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Lokalanästhesie	41,27 €
4973	Eingehende Untersuchung der Sprache und des Sprechens nach standardisierten Verfahren (z.B. Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung, des Redeflusses), Dauer mindestens 30 Minuten	41,63 €
4974	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (z.B. Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesatzes, der Tonhaldedauer, des Stimmumfangs, der Sprechstimmlage), Dauer mindestens 20 Minuten	38,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4975	Stimmbelastungstest unter Messung der Stimmstärke fortlaufenden Sprechens mittels Schallpegelmessung unter definierten Pegelanforderungen über mindestens 15 Minuten	29,48 €
4976	Stimmfeldmessung unter Messung des Stimmumfanges und der Dynamikbreite der Stimme mittels Schallpegelmessung mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke	53,06 €
4977	Schallspektrographische Untersuchung der Stimme mit Bestimmung des Leistungsdichtespektrums, der Grundfrequenz und der Formantenstrukturen	52,72 €
4978	Objektive apparative multidimensionale Stimmanalyse zur Bestimmung des Schweregrades und des Verlaufs von Stimmstörungen mittels verschiedener objektiver akustischer Parameter, wie z.B. Jitter, Shimmer, Grundfrequenz	54,77 €
4979	Palatographie bei myofunktionellen Störungen und/oder Gebissanomalien, ggf. einschließlich Messung z.B. der Lippen- und Zungenkraft	37,48 €
4980	Tagesdosimetrie des Stimmgebrauches, z.B. Akzelerometer	65,63 €
4981	Pneumotachographie (Glottal-Flow-Messung) zur Bestimmung der Effektivität der Phonation	31,63 €
4982	Fiberoptische transnasale endoskopische Untersuchung des Larynx, Meso- und Hypopharynx sowie der supraglottischen Strukturen, einschließlich - Lokalanästhesie - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase	75,96 €
4983	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4968 oder 4982 für die digitale Videodokumentation mit Einblendung von Frequenz und Lautstärke sowie EDV-gestützter Auswertung des zeitlichen Ablaufs, der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 4983 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5015, 5016 oder 5017 nicht berechnungsfähig.</i>	48,78 €
4984	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4982 für die Untersuchung während und nach der Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit in unterschiedlicher Menge, Farbe und Konsistenz zur eingehenden Untersuchung des Schluckvorganges, einschließlich Videodokumentation	52,65 €
4985	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4968 oder 4982 für die stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen mittels Laryngoskop, ggf. einschließlich Videodokumentation und/oder für die digitale Videodokumentation mit Einblendung von Frequenz und Lautstärke sowie EDV-gestützter Auswertung des zeitlichen Ablaufs, der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen	50,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4987	Elektrolottographische Untersuchung und/oder Kehlkopf-Impedanzmessung (laryngeale Impedanzmessung im Kontaktflächen-Zeitdiagramm, Untersuchung mit Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen und -amplituden bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken), ggf. einschließlich - Videodokumentation - Bestimmung des zeitlichen Ablaufs, der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken	68,28 €
4988	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4987 für die Bestimmung der Larynxelation während der Phonation	16,68 €
4989	Stimmtherapie bei Kehlkopflösen (Speiseröhren-Ersatzstimme, Stimmprothese oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	31,31 €
4990	Stimm-, Sprech-, Sprach- und/oder Schluckübungsbehandlung, Einzelbehandlung, ggf. einschließlich Atemtherapie und physikalischer Maßnahmen (außer Reizstrombehandlung), Dauer mindestens 30 Minuten	45,19 €
4991	Stimm-, Sprech-, Sprach- und/oder Schluckübungsbehandlung, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens fünf Personen, Dauer mindestens 30 Minuten, ggf. einschließlich Atemtherapie und physikalischer Maßnahmen (außer Reizstrombehandlung), je Teilnehmer	15,06 €
4992	Sialendoskopie von Parotis oder Submandibularis-Gang, ggf. einschließlich - Sondierung - Bougierung - Injektionen in das Gangsystem und Entfernung von Steinen mittels Zange - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	399,29 €
4993	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4992 für apparative Lithotripsie	99,37 €
4994	Einbringung von Arznei- oder Ätzmitteln, auch mittels Medikamententräger/n (z.B. Gazestreifen), in den Gehörgang und/oder die Paukenhöhle und/oder die Radikalhöhle einer Seite, ggf. einschließlich Ohrmikroskopie und/oder Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 4994 ist neben der Leistung nach Nummer 4947, 9000, 9017, 9022, 9023, 9030, 9033, 9044, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.</i>	22,62 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4995	Intratympanale medikamentöse Therapie, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Parazentese - Einbringen von Arzneimitteln - Seitenlagerung inklusive Beobachtung bis zu einer Dauer von 20 Minuten, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 4995 ist neben der Leistung nach Nummer 4947 oder 4996 nicht berechnungsfähig.</i>	41,37 €
4996	Entfernung von Ohrenschmalzpfröpfen, ggf. einschließlich Einbringung von Arzneimitteln, einseitig <i>Die Leistung nach Nummer 4996 ist neben der Leistung nach Nummer 4995, 4997, 4998, 5001, 9004, 9010, 9013, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030, 9033, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.</i>	9,10 €
4997	Eingriff im äußeren Gehörgang einer Seite, z.B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen oder Spaltung von Furunkeln, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie und/oder Einbringung von Arzneimitteln und/oder Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung - Gazestreifeneinlage <i>Die Leistung nach Nummer 4997 ist neben der Leistung nach Nummer 4947, 4996, 9013, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030 oder 9033 nicht berechnungsfähig.</i>	36,26 €
4998	Einfacher Eingriff zur Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle einer Seite, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie und/oder Einbringung von Arzneimitteln und/oder Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung <i>Die Leistung nach Nummer 4998 ist neben der Leistung nach Nummer 4947, 4996, 9013, 9014, 9016, 9017, 9018, 9020, 9021, 9022, 9023, 9030, 9033, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Fremdkörper im Sinne der Leistungsbeschreibung sind nur von außen in das Ohr gelangte Objekte, nicht z.B. Ohrschmalz oder Ohrschmalzpfröpfe.</i>	26,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
4999	Inzision des Trommelfells (Parazentese) einer Seite, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung	31,25 €
5000	Einlegen, Wiedereinlegen oder Entfernen eines Verweilröhrchens ins Trommelfell, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln und/oder Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung	38,69 €
5001	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle oder ähnliche kleinere Eingriffe einer Seite, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln und/oder Lokalanästhesie - einschließlich Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung <i>Die Leistung nach Nummer 5001 ist neben der Leistung nach Nummer 4947, 4996, 9000, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030, 9033, 9042, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.</i>	35,05 €
5002	Katheterismus der Eustachischen Röhre, ggf. einschließlich - Bougierung - Einbringung von Arzneimitteln - Luftdusche, ein- oder beidseitig	20,54 €
5003	Ballondilatation der Eustachischen Röhre durch Katheterismus und luftdruck-kontrollierte Ballonbougieung der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors unter endoskopischer Kontrolle oder Augmentation der Eustachischen Röhre durch Injektion am pharyngealen Tubenostium, einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Abschwellen, je Seite	126,70 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5004	Alloplastische Abdeckung einer Trommelfellruptur, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung - Gazestreifen/Verband - gezielter chemischer Ätzung - Verband <i>Die Leistung nach Nummer 5004 ist neben der Leistung nach Nummer 9020, 9022, 9023 oder 9030 nicht berechnungsfähig.</i>	54,76 €
5005	Ohrabdrucknahme mit Abformung oder Teilabformung eines Ohres für ein Situationsmodell, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung, je Seite	27,98 €
5006	Promontorialtest, einschließlich Ohrmikroskopie und Parazentese, ggf. einschließlich Lokalanästhesie	81,55 €
5007	Bioresonanztherapie (BRT) bei Tinnitus, je Sitzung	42,43 €
5008	Biofeedback bei Tinnitus, je Sitzung	45,03 €
5009	Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) bei Tinnitus, je Sitzung	44,60 €
5010	Auditorische Stimulation bei Tinnitus, z.B. Musiktherapie, je Sitzung	45,03 €
5011	Neuromodulatorische Techniken bei Tinnitus, z.B. Neurostimulation, je Sitzung	53,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5012	Ambulant durchgeführte Hyperbare Sauerstofftherapie, mit bis zu 120 Minuten Aufenthalt in der Druckkammer mit einem Therapiedruck von mindestens 2.0 ATA, einschließlich - Überwachung von EKG, Blutdruck und Sauerstoffpartialdruck während der Behandlung - Kontrolle von Temperatur und Druck in der Kammer - Dokumentation der erhobenen Parameter, ggf. einschließlich - Lungenfunktionsprüfungen, Belastungs-EKG, Blutgasanalyse, Audiometrie und/oder neuropsychologische Testverfahren im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung - Videoüberwachung - Anlage eines venösen Zugangs, Anlage einer Infusion - otoskopische Kontrolluntersuchungen - neurologische Kontrolluntersuchungen	355,20 €
5013	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5012 für die ambulant durchgeführte Hyperbare Sauerstofftherapie, bei Aufhalten in der Druckkammer von mehr als 120 Minuten	114,13 €
5014	Photodokumentation (mindestens vier Perspektiven)/Videodokumentation bei ausgedehnten prä- und postoperativen Befunden im Rahmen von plastisch-rekonstruktiven Maßnahmen des Abschnitts L IX, ggf. einschließlich Simulationstechniken	13,75 €
5015	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels J, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 32,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5015, 5016 oder 5017 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5015 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5015 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5015 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5016	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels J, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 32,00 EUR bis zu 46,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5015, 5016 oder 5017 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5016 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5016 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5016 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
5017	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels J, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 46,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5015, 5016 oder 5017 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5017 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5017 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5017 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
5019	Eingehende Untersuchung der Sprache und des Sprechens nach standardisierten Verfahren bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, (z.B. Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung, des Redeflusses), Dauer mindestens 15 Minuten	41,63 €

Kapitel K

Leistungen der konservativen Urologie

Vertraulich

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5100	Manometrische Untersuchung der Harnblase, unter fortlaufender Registrierung, ggf. einschließlich physikalischer Provokationstests	98,87 €
5101	Elektromanometrische Untersuchung der Harnblase und Abdominaldruckmessung, ggf. einschließlich - physikalischer Provokationstests - Beckenboden-EMG, je Sitzung	175,15 €
5102	Messung des Harnröhrenverschlussdrucks mit Einlage und Entnahme eines oder mehrerer Messkatheter, unter fortlaufender Registrierung, ggf. einschließlich - physikalischer Provokationstests - Beckenboden-EMG, je Sitzung	81,07 €
5103	Uroflowmetrie (Messung des Harnstrahlvolumens pro Zeiteinheit) unter fortlaufender Registrierung	41,78 €
5104	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5103 für Beckenboden-EMG	49,66 €
5105	Nierenbeckendruckmessung, einschließlich hydrostatischer und/oder dynamischer Messung	44,55 €
5106	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln, z.B. bei Cortisoninstillation nach Strikturbehandlung, als selbständige Leistung	14,91 €
5107	Dehnung oder Kalibrierung der Harnröhre eines Mannes, ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln, als selbständige Leistung, je Sitzung	28,35 €
5108	Dehnung oder Kalibrierung der Harnröhre einer Frau oder eines Mädchens, ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln, als selbständige Leistung, je Sitzung	19,75 €
5109	Legen eines transurethralen Harnblasenkatheters beim Mann oder beim Jungen, ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln und/oder Ausspülen von Blutkoagula	24,97 €
5110	Legen eines transurethralen Harnblasenkatheters bei der Frau oder beim Mädchen, ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln und/oder Ausspülen von Blutkoagula	23,62 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5111	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5109 oder 5110 für das Einbringen von Zytostatika oder Immuntherapeutika	25,32 €
5112	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5109 oder 5110 für wirkungsverstärkende Therapie (EMDA, RITE, HIVEC)	75,89 €
5113	Entfernung eines Harnblasenkatheters, als selbständige Leistung	7,64 €
5114	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln - Dehnung - Verband	52,71 €
5115	Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln - Dehnung - Verband	38,82 €
5116	Spülung der Harnblase und/oder Instillation von Arzneimitteln bei liegendem Verweilkatheter, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Ausspülen von Blutkoagula	10,89 €
5117	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie der Niere oder des Harnleiters, einschließlich - Probeortung - Grob- und/oder Feineinstellung - Röntgenkontrolle, je Sitzung	749,91 €
5118	Behandlung der Prostata zur Gewinnung von Prostata-Exprimat und Exprimat-Urin	6,26 €
5119	Manuelle Detorquierung einer Hodentorsion, je Seite	29,46 €
5120	Manuelle Reposition einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	21,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5121	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels K, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 25,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5121, 5122 oder 5123 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5121 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5121 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5121 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,00 €
5122	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels K, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 25,00 EUR bis zu 40,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5121, 5122 oder 5123 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5122 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5122 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5122 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,00 €
5123	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels K, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 40,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5121, 5122 oder 5123 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5123 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5123 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5123 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €

Kapitel L

Chirurgie

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen des Kapitels L beinhalten auch ohne explizite Aufzählung folgende daneben nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen, sofern sich aus den Leistungsbeschreibungen nichts Abweichendes ergibt:
 - alle Maßnahmen zur Operationsplanung und -dokumentation (z.B. Operationsbericht, Videoaufzeichnungen),
 - alle Maßnahmen zur Lagerung (z.B. unter Verwendung von Lagerungsschienen, auch postoperativ in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zum operativen Eingriff), Halterung und/oder Polsterung des Gelenks,
 - alle intraoperativen Maßnahmen zur Kühlung oder zur Blutstillung (chirurgisch mittels Unterbindung, medikamentös oder apparativ),
 - (Gelenk-) Spülungen und Drainagen,
 - Verbände zur Wundabdeckung,
 - Schienen, ausgenommen sind im unmittelbar zeitlichen Zusammenhang zum operativen Eingriff vom Operateur individuell angefertigte und/oder angepasste Schienen,
 - Anlegen einer Blutleere oder Blutsperre,
 - Einlegen von Medikamententrägern,
 - intraoperatives Einbringen von Medikamenten durch den Operateur (z.B. zur Schmerztherapie),
 - prä-, intra- und postoperative Funktions- oder Stabilitätsprüfungen,
 - Gelenkmobilisationen ohne Dokumentation des Bewegungsumfangs,
 - Durchleuchtungen/Einsatz eines Bildwandlers,
 - das Ausschneiden von Hautnarben,
 - intraoperative Punktionen,
 - intraoperative Markierungen, ausgenommen sind Markierungen im Rahmen von Leistungen des Abschnitts L I,
 - An- bzw. Nachzeichnen der Schnittführung,
 - intraoperative Lagekontrollen, unabhängig von der Methode,
 - Gewinnung von Untersuchungsmaterial für zytologische, mikrobiologische oder Laboratoriumsuntersuchungen (z.B. Abstriche),
 - intraoperative Entnahme von Gewebeproben,
 - Anforderung von Untersuchungen von intraoperativ gewonnenen Materialien sowie deren sachgerechte Herrichtung und Verpackung,
 - Aufstellen eines postoperativen Behandlungsplans für die unmittelbare postoperative Phase,
 - Verwendung von Hämostyptika,
 - intraoperative Prüfung der Durchblutung und ggf. angelegter Anastomosen
2. Die Leistungen beinhalten auch ohne explizite Aufzählung alle Eröffnungs- und Verschlussleistungen, soweit in den einzelnen Abschnitten des Kapitels L nichts anderes geregelt ist.
3. Werden intraoperativ Strukturen, die im operativen Zielgebiet verlaufen, zu ihrer Schonung präpariert und dargestellt, kann dafür keine gesonderte Gebührenposition berechnet werden. Davon ausgenommen sind begründbare anatomische Fehllagen oder Verlagerung infolge von vorhergehenden operativen Eingriffen sowie rekonstruktive Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbindung und Übernähung von Gefäßen.
Die alleinige Unterbindung eines Gefäßes kann nicht gesondert berechnet werden, sofern nicht in den Gebührennummern etwas Abweichendes geregelt ist.
4. Probeexzisionen dienen der Gewebsentnahmen zur histologischen Diagnostik. Erfolgt dieselbe Probeexzision im Rahmen einer anderen Operation, kann sie nicht gesondert berechnet werden.

5. Die Begriffe klein/groß folgen den folgenden Angaben bzw. Definitionen, sofern in den Gebührenpositionen nichts anderes angegeben ist:
 1. Länge: klein entspricht bis 3 cm, groß entspricht größer als 3 cm.
 2. Fläche: klein entspricht bis 4 cm², groß entspricht größer als 4 cm².
 3. Volumen: klein entspricht bis 1 cm³, groß entspricht größer als 1 cm³.
 4. Eingriffe am Kopf (inklusive Mundhöhle) und an den Händen: Aufgrund des Schweregrades sind diese Eingriffe als groß definiert.
 5. Sofern nichts anderes in den Gebührenpositionen erwähnt ist, gelten für die Anwendung der Begriffe unter 1. bis 3. die Schnittführung bzw. die Größe des Resektates.
 6. Bei der operativen Behandlung mehrerer Strukturen über eine Schnittführung zählt für die Anwendung der Begriffe 1. bis 3. diese Schnittführung.
6. Unter einem Simultaneingriff versteht man eine vom Kerneingriff unabhängige Intervention, die auch zu einem anderen Zeitpunkt erbracht werden könnte, ohne das Ergebnis des Haupteingriffs zu beeinflussen. Die Abrechnung eines Simultaneingriffs setzt zwei voneinander differente Indikationen (ICD-Schlüssel oder unverschlüsselte Diagnose/n im Volltext) voraus. Als differente Indikation gilt auch eine andere Lokalisation, sofern in der Leistungslegende nichts Abweichendes geregelt ist. Sofern ein Simultaneingriff innerhalb der GOÄ als Zuschlag im Zusammenhang mit einem anderen Eingriff aufgeführt ist, ist in der Abrechnung dieser Zuschlag zu verwenden.
7. Sofern für einen Zeitbezug der Begriff intraoperativ verwendet wird, versteht man darunter den Zeitraum zwischen Schnitt und Naht (Schnitt-Naht-Zeit). Unter dem Begriff präoperativ versteht man den Zeitraum vor, unter postoperativ den Zeitraum nach der Schnitt-Naht-Zeit im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff.
8. Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese kann für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern die Blutstillung aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit so aufwendig ist, dass die Interventions- bzw. Schnitt-Naht-Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles, wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen. Die medizinische Indikation und der Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung der Blutstillung müssen in der Rechnung angegeben werden.
9. Bei chirurgischen Eingriffen (offen, endoskopisch oder laparoskopisch) innerhalb des Bauchraumes bei Schwangeren ab der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche kann für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen.
10. Bei chirurgischen Eingriffen (offen, endoskopisch oder laparoskopisch) bei Frühgeborenen (= Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche) kann für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern der Eingriff vor dem Erreichen des regulären Geburtstermins (ET) stattfindet. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen.
11. Bei Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 40 kann für eine Leistung die 1,5fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen. Die Körpermaße (Größe, Gewicht, BMI) müssen in der Rechnung angegeben werden.
12. Diagnostische Leistungen des Kapitels L sind bei derselben Lokalisation mit demselben Zugang neben therapeutischen Leistungen des Kapitels L nicht berechnungsfähig. Bei einem medizinisch erforderlichen Umstieg von einem geplanten endoskopischen Eingriff auf ein offenes Vorgehen kann für den nicht erfolgten endoskopischen Eingriff neben der Vergütung für den offenen Eingriff die diagnostische Endoskopie abgerechnet werden.
13. Sofern an derselben Lokalisation mit demselben Zugang mehrere Eingriffe in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt werden, sind die Gebühren ab der zweiten Hauptleistung um 10% zu mindern.

Zuschläge für ambulant Operieren**11.001****Allgemeine Bestimmungen**

1. Bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen Zuschläge berechnet werden.
2. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags ist die erbrachte Operationsleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Eine Zuordnung des Zuschlags zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operationsleistungen ist nicht möglich.
3. Die Zuschläge sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Kalendertag wegen derselben Erkrankung vom Operateur und/oder Anästhesisten veranlasst in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn während oder nach der geplanten ambulanten Operation aus unvorhersehbaren Gründen die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung vom Operateur und/oder Anästhesisten festgestellt und auf der Rechnung entsprechend begründet wird.
4. Voraussetzung für den Ansatz eines Zuschlags ist die Erbringung des operativen Eingriffes mindestens in einem Eingriffsraum gemäß der jeweils gültigen Definition des RKI mit entsprechenden strukturellen Anforderungen. Ein ausschließlich zur Untersuchung und/oder Behandlung genutzter Raum zählt nicht zum Eingriffsraum.
5. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative Leistung aufzuführen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5200	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bis zu 55,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5200 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5201, 5202, 5203, 5204 oder 5205 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5200 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	25,00 €
5201	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 301,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5201 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5200, 5202, 5203, 5204 oder 5205 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5201 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	72,02 €
5202	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 301,00 EUR und bis zu 523,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5202 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5200, 5201, 5203, 5204 oder 5205 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5202 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	138,70 €
5203	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 523,00 EUR und bis zu 824,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5203 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5200, 5201, 5202, 5204 oder 5205 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5203 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	191,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5204	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 824,00 EUR und bis zu 1261,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5204 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5200, 5201, 5202, 5203 oder 5205 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5204 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	243,59 €
5205	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1261,00 EUR bewertet sind. <i>Der Zuschlag nach Nummer 5205 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5200, 5201, 5202, 5203 oder 5204 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 5205 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	295,96 €

Zuschläge für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr**11.002**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5503	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 283,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5503 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5503 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	45,00 €
5504	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 283,00 EUR bis zu 613,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5504 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5504 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	60,00 €
5505	Zuschlag zu den Leistungen des Kapitels L, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 613,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5505 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 5505 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i>	70,00 €

I. Plastische Chirurgie, Oberflächenchirurgie, Replantationschirurgie**11.01****Allgemeine Bestimmungen**

1. Bezieht sich eine Leistung auf eine Länge oder eine Fläche, so sind die entsprechenden Maße aller im Sinne dieser Leistung in einer Sitzung bearbeiteten Längen bzw. Flächen zu summieren. Für die Berechnung dieser Leistung ist die so gebildete Summe maßgeblich und nicht die Anzahl der betroffenen Areale bzw. Körperregionen.
2. Für die axilläre Lymphknotendisektion gilt folgende Einteilung:
 Level 1:
 - Lymphknoten der unteren Axilla, lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor
 Level 2:
 - Lymphknoten der mittleren Axilla, zwischen dem medialen und lateralen Rand des M. pectoralis minor sowie interpektorale (Rotter-)Lymphknoten zwischen den Mm. pectorales major et minor
 Level 3:
 - apikale Lymphknoten, medial und kranial des medialen Randes des M. pectoralis minor einschließlich aller als subklavikulär, infraklavikulär oder apikal klassifizierten Lymphknoten
3. Für die Leistungen des Abschnitts L I gilt als Debridement die Sanierung eines Wundbettes durch chirurgische Entfernung nekrotischer und fibrinöser Beläge, z.B. mit dem Skalpell oder scharfen Löffel.
4. Sofern in den Legenden des Abschnitts L I nicht anders bestimmt, umfasst das Gesicht die von Haut bedeckte Vorderfläche des Kopfes (begrenzt durch Haaransatz und Unterkiefer), einschließlich der Ohren.
 Von Schleimhaut bedeckte Flächen, Augäpfel, Mundhöhle und Naseninneres gehören nicht zum Gesicht.
5. Die im Abschnitt L I aufgeführten Lappenplastiken bzw. Einbringungen von Lappen beziehen sich auf die Deckung von Defekten der Körperoberfläche inklusive der Wiederherstellung der Mammae. Einbringungen von Transplantaten zur funktionellen Wiederherstellung der übrigen Körperregionen sind nach den Gebührennummern der jeweiligen Abschnitte zu berechnen, sofern hierfür eigenständige Leistungen aufgeführt sind.
6. Bei einer Transplantation wird ein Gewebeanteil am Spenderort vollständig entnommen und an einem fernab gelegenen Empfängerort eingebracht. Gefäße und Nerven müssen ggf. am Empfängerort wieder angeschlossen werden.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5500	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 396,21 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 5500 ist neben der Leistung nach Nummer 5501 oder 5502 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	24,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5501	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 396,21 EUR bis zu 772,25 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 5501 ist neben der Leistung nach Nummer 5500 oder 5502 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	66,02 €
5502	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 772,25 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 5502 ist neben der Leistung nach Nummer 5500 oder 5501 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	162,62 €

Exzisionen/Inzisionen**11.01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5600	Exzision eines kleinen kutanen Prozesses (Tumor, entzündlicher Prozess, Schmutztätowierung, Tätowierung, Narbenfläche), ggf. einschließlich - Exzision von subkutanem Gewebe - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Nachexzisionen in derselben Sitzung	43,46 €
5601	Exzision eines großen kutanen Prozesses (Tumor, entzündliche Prozesse, Schmutztätowierung, Tätowierung, Narbenfläche), ggf. einschließlich - Exzision von subkutanem Gewebe - Nachexzisionen in derselben Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden	73,10 €
5602	Exzision eines kleinen subkutanen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom), ggf. einschließlich - Exzision von Fasiengewebe - Nachexzisionen in derselben Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang <i>Die Leistung nach Nummer 5602 ist neben der Leistung nach Nummer 7786, 7787, 7788, 7789, 7790, 7791, 7792 oder 7793 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Gebiete oder unterschiedliche Diagnosen behandelt werden.</i>	54,82 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5603	Exzision eines großen subkutanen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom), ggf. einschließlich - Exzision von Fasiengewebe - Nachexzisionen in derselben Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang <i>Die Leistung nach Nummer 5603 ist neben der Leistung nach Nummer 7786, 7787, 7788, 7789, 7790, 7791, 7792 oder 7793 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Gebiete oder unterschiedliche Diagnosen behandelt werden.</i>	90,16 €
5604	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5603 für Exzision eines histologisch nachgewiesenen kavernen Hämangioms, Lymphangioms, Neurofibroms, ggf. einschließlich Präparation von Nerven, Blut- und/oder Lymphgefäßen <i>Der Zuschlag nach Nummer 5604 ist je Zugang einmal berechnungsfähig.</i>	20,47 €
5605	Inzision, Ausräumung und ggf. Drainage eines oberflächlichen oder subkutanen Prozesses (z.B. Hämatom, Abszess oder Zyste), ggf. einschließlich - Behandlung auch mehrerer Prozesse über einen Zugang - Wundverschluss - Tamponaden - Einlage von Medikamententrägern	47,28 €
5606	Inzision, Ausräumung und ggf. Drainage eines tiefer als subkutan gelegenen Prozesses (z.B. Hämatom, Abszess, Zyste), ggf. einschließlich - Behandlung auch mehrerer Prozesse über einen Zugang - Wundverschluss - Tamponaden - Einlage von Medikamententrägern	58,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5607	Exzision eines kleinen subfaszialen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom), ggf. einschließlich - Exzision von Fasiengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang <i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist neben der Leistung nach Nummer 7786, 7787, 7788, 7789, 7790, 7791, 7792 oder 7793 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.</i>	82,41 €
5608	Exzision eines großen subfaszialen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom), ggf. einschließlich - Exzision von Fasiengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang <i>Die Leistung nach Nummer 5608 ist neben der Leistung nach Nummer 7786, 7787, 7788, 7789, 7790, 7791, 7792 oder 7793 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.</i>	110,49 €
5609	Resektion eines großen schichtübergreifenden Weichteilprozesses (z.B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom), ggf. einschließlich - Exzision von Fasiengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang <i>Die Leistung nach Nummer 5609 ist neben der Leistung nach Nummer 7786, 7787, 7788, 7789, 7790, 7791, 7792 oder 7793 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.</i>	364,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5610	Kompartimentresektion, total oder subtotal, ggf. einschließlich - Exzision von Faszien Gewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang	704,57 €
5611	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5610 für die kompartimentübergreifende Resektion	193,17 €
5612	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5607, 5608, 5609 oder 5610 für Arteriolyse oder Neurolyse	145,16 €
5613	Exzisionen von Ulcera und Dekubitus mit einer Gesamtfläche von bis zu 25 cm², bis in die Subcutis reichend, ggf. einschließlich - Blutstillungen - Spülungen - Wundrandmobilisierung und einfacher Wundverschluss - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden, je Lokalisation	94,65 €
5614	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5613 für Exzisionen, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, ggf. einschließlich Exzision bzw. Versorgung auch tiefliegender Gewebe und Strukturen	46,21 €
5615	Exzisionen von Ulcera und Dekubitus mit einer Gesamtfläche von mehr als 25 cm², bis in die Subcutis reichend, ggf. einschließlich - Blutstillungen - Spülungen - Wundrandmobilisierung und einfacher Wundverschluss - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden, je Lokalisation	106,20 €
5616	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5615 für Exzisionen, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, ggf. einschließlich Exzision bzw. Versorgung auch tiefliegender Gewebe und Strukturen	57,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5617	Fremdkörperexzision, Cutis und Subkutis, bis 1 cm Tiefe ab Oberfläche, ggf. einschließlich - Exploration - Exzision auch mehrerer Fremdkörper über einen Zugang - Blutstillungen - Spülungen - primärem Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	35,22 €
5618	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5617 für Fremdkörperexzisionen aus Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Fußsohle	18,93 €
5619	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5617 für Fremdkörperexzisionen aus Cutis und Subkutis, mehr als 1 cm Tiefe ab Oberfläche	18,93 €

Blasenabtragung**11.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5700	Blasenabtragung: Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, Fuß, bis zu 25 cm², ggf. einschließlich - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrices und mikroporöse Wundauflagen) - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,22 €
5701	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5700 für jede weiteren 25 cm² <i>Die Fläche über 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,93 €
5702	Blasenabtragung: alle übrige Regionen, bis zu 100 cm², ggf. einschließlich - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrices und mikroporöse Wundauflagen) - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,22 €
5703	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5702 für jede weiteren 100 cm² <i>Die Fläche über 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,93 €

Brandwunden**11.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5800	Tangentiale Exzision bei Brandwunden: Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, bis zu 25 cm², ggf. einschließlich - Exzision in mehreren Schichten - Entfernen von nekrotischem Gewebe - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	91,72 €
5801	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5800 für jede weiteren 25 cm² <i>Die Fläche größer 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	36,70 €
5802	Tangentiale Exzision bei Brandwunden: alle übrigen Regionen, bis zu 100 cm², ggf. einschließlich - Exzision in mehreren Schichten - Entfernen von nekrotischem Gewebe - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	96,35 €
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 für jede weiteren 100 cm² <i>Die Fläche über 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	38,53 €
5804	Escharotomien in einer der Regionen Kopf und Hals, vordere Rumpfhälfte mit Genitalbereich, hintere Rumpfhälfte, ein Oberschenkel mit Knie, ein Unterschenkel mit Fuß, ein Arm mit Schulter (ohne Hand), eine Hand mit Handgelenk, ggf. einschließlich - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz	191,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5805	Epifasziale Exzision bei Brandwunden: Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, bis zu 25 cm², ggf. einschließlich - Exzision in mehreren Schichten - Entfernen von nekrotischem Gewebe - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrices und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	285,17 €
5806	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5805 für jede weiteren 25 cm² <i>Die Fläche größer 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	90,33 €
5807	Epifasziale Exzision bei Brandwunden: alle übrigen Regionen, bis zu 100 cm², ggf. einschließlich - Exzision in mehreren Schichten - Entfernen von nekrotischem Gewebe - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrices und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen, je Lokalisation <i>Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	209,83 €
5808	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5807 für jede weiteren 100 cm² <i>Die Fläche größer 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.</i>	90,33 €
5809	Fasziotomien in einer der Regionen Kopf und Hals, vordere Rumpfhälfte mit Genitalbereich, hintere Rumpfhälfte, ein Oberschenkel mit Knie, ein Unterschenkel mit Fuß, ein Arm mit Schulter (ohne Hand), eine Hand mit Handgelenk, ggf. einschließlich - Auftragen von Externa (z.B. Salben) - Auflegen von Wundabdeckungen (z.B. auch Folien, Membranen, Matrices und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz	284,21 €

Wundversorgung**11.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5900	Versorgung einer kleinen Wunde, maximal bis in die Subcutis reichend, ohne Wundverschluss, ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	8,51 €
5901	Versorgung einer kleinen Wunde, maximal bis in die Subcutis reichend mit primärem oder sekundärem Wundverschluss (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundkleber, Wundverschlussstreifen), ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	26,43 €
5902	Versorgung einer kleinen Wunde, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, ohne Wundverschluss, ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	18,18 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5903	Versorgung einer kleinen Wunde, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, mit primärem oder sekundärem Wundverschluss (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundkleber, Wundverschlussstreifen), ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	31,10 €
5904	Versorgung einer großen Wunde, maximal bis in die Subcutis reichend, ohne Wundverschluss, ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	26,43 €
5905	Versorgung einer großen Wunde, maximal bis in die Subcutis reichend, mit primärem oder sekundärem Wundverschluss (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundkleber, Wundverschlussstreifen), ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	50,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5906	Versorgung einer großen Wunde, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, ohne Wundverschluss, ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	31,10 €
5907	Versorgung einer großen Wunde, über die Subcutis hinaus in die Tiefe reichend, mit primärem oder sekundärem Wundverschluss (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundkleber, Wundverschlussstreifen), ggf. einschließlich - Exploration - Entfernung von sichtbaren Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - Pflaster und/oder Verbänden - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	60,32 €
5908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5900, 5901, 5902, 5903, 5904, 5905, 5906 oder 5907 bei stark verunreinigten Wunden für Debridements und/oder Umschneidungen, ggf. einschließlich Einlegen von Drainagen	19,48 €
5909	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5900, 5901, 5902, 5903, 5904, 5905, 5906 oder 5907 bei freiliegenden komplexen Strukturen, Nerven, Gefäße, Sehnen, einschließlich aufwendiger Verbandstechniken	24,03 €
5910	Chirurgisches Wunddebridement bei kleiner offener Wunde, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Abtragung von Nekrosen - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden	11,05 €
5911	Chirurgisches Wunddebridement bei großer offener Wunde von bis zu 25 cm², als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Abtragung von Nekrosen - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden	15,93 €
5912	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5911 für jede weiteren 25 cm²	11,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
5913	Exploration und Versorgung tiefer Verletzung(en) durch Schuss, Stich, Splitter, Biss oder Pfählung mit Kanal/Kanälen bis 5 cm Tiefe, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Inzision und/oder Exzision - Entfernung von Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden - Wundverschluss - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	145,03 €
5914	Exploration und Versorgung tiefer Verletzung(en) durch Schuss, Stich, Splitter, Biss oder Pfählung mit Kanal/Kanälen von mehr als 5 cm Tiefe, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Inzision und/oder Exzision - Entfernung von Fremdkörpern - Blutstillungen - Spülungen - Einbringen und/oder Entfernen von Antibiotikaträgern und/oder Wundtamponaden - Wundverschluss - Beratung zu in Frage kommenden Impfungen	269,97 €
5915	Neuanlage einer Vakuumversiegelung bzw. Systemen zur Unterdruckwundbehandlung, ggf. einschließlich - Instruktion des Patienten - Einstellung der Pumpe - Kontrolle der Pumpenfunktion	139,94 €
5916	Wechsel einer Vakuumversiegelung bzw. von Systemen zur Unterdruckwundbehandlung, ggf. einschließlich der Kontrolle der Pumpenfunktion	102,45 €
5917	Plasmatherapie einer Wunde, ggf. einschließlich Neuanlage eines Verbands <i>Kosten für die Sonde bzw. anderes Einmalmaterial sind über § 10 berechnungsfähig.</i>	13,43 €

Lokale Lappenplastiken**11.01.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6000	Verschluss eines Defektes in der Haut und Unterhaut im Sinne einer Vorschublappenplastik, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierender Verband	46,14 €
6001	Lokale Lappenplastik mit einem kutanen Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6001 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	168,23 €
6002	Lokale Lappenplastik mit mehreren kutanen Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6002 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	259,85 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6003	Lokale Lappenplastik mit einem kutanen Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6003 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	135,20 €
6004	Lokale Lappenplastik mit mehreren kutanen Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6004 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	204,32 €
6005	Lokale Lappenplastik mit einem fasziokutanen Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6005 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	283,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6006	Lokale Lappenplastik mit mehreren fasziokutanen Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6006 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	383,10 €
6007	Lokale Lappenplastik mit einem fasziokutanen Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6007 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	291,69 €
6008	Lokale Lappenplastik mit mehreren fasziokutanen Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6008 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	283,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6009	Lokale Lappenplastik mit einem muskulo-(kutanen) Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6009 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	414,67 €
6010	Lokale Lappenplastik mit mehreren muskulo-(kutanen) Lappen (einschließlich Hebung), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand oder Genitale, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6010 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	588,68 €
6011	Lokale Lappenplastik mit einem muskulo-(kutanen) Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6011 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	411,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6012	Lokale Lappenplastik mit mehreren muskulo-(kutanen) Lappen (einschließlich Hebung), übrige Regionen, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren der Lappen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigen Geweben - Blutstillungen - Spülungen - sog. Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 6012 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	570,67 €

Transplantation**11.01.06**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6100	Verpflanzung eines Muskels, neurovaskulär gestielt mit mikrochirurgischer Präparation, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Versorgung der Spenderstelle - Sehnenverpflanzung - Präparation von Nerven und Blutgefäßen - Aufbereiten - Verlagern - Formen - Einpassen und Fixieren des Transplantates an der Empfängerstelle - Durchblutungs- und Funktionsprüfungen - Schaffung eines Tunnels	756,92 €
6101	Spalthauttransplantation mit einer Fläche bis zu 25 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung mit einem Dermatom - Aufbereiten der Transplantate einschließlich flächenvergrößernder Maßnahmen (z.B. Meek oder Mesh) - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung der Spenderstellen - fixierender Verbände	108,35 €
6102	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6101 für jede weitere Fläche bis zu 25 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale	67,62 €
6103	Spalthauttransplantation nach Meek, bis zu 25 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung mit einem Dermatom - Aufbereiten der Transplantate einschließlich flächenvergrößernder Maßnahmen - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung der Spenderstellen - fixierender Verbände	191,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6104	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6103 für jede weiteren 25 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung mit einem Dermatome - Aufbereiten der Transplantate einschließlich flächenvergrößernder Maßnahmen - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung der Spenderstellen - fixierender Verbände	90,69 €
6105	Spalthauttransplantation, bis zu 100 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), an allen anderen Körperregionen, ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung mit einem Dermatome - Aufbereiten der Transplantate einschließlich flächenvergrößernder Maßnahmen (z.B. Mesh) - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung der Spenderstellen - fixierender Verbände <i>Die Leistung nach Nummer 6105 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	380,73 €
6106	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6105 für jede weiteren 100 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), an allen anderen Körperregionen <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	189,57 €
6107	Transplantation von Vollhaut oder Mukosa, bis zu 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung - Aufbereiten der Transplantate einschließlich flächenvergrößernder Maßnahmen - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen (z.B. mittels Nähten, Wundverschlussstreifen) - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung und (plastischem) Verschluss der Spenderstellen - fixierender Verbände <i>Die Leistung nach Nummer 6107 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	105,06 €
6108	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6107 für jede weiteren 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen) <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	43,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6109	Transplantation von haartragender Vollhaut, bis zu 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung - Transplantathebung - Zuschneiden und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung und (plastischem) Verschluss der Spenderstellen <i>Die Leistung nach Nummer 6109 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	156,23 €
6110	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6109 für jede weiteren 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen) <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	51,29 €
6111	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6109 oder 6110 für Erbringung als Minigraft, Mikrograft, Streifen-Graft oder Follicular Unit Transplantation oder Follicular Unit Extraction	23,10 €
6112	Transplantation von Epidermisstücken (z.B. nach Reverdin), erste fünf Transplantate, ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung - Anpassen und Fixieren der Transplantate an den Empfängerstellen - Blutstillungen - Spülungen - Versorgung und Verschluss der Spenderstellen - fixierender Verbände <i>Die Leistung nach Nummer 6112 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	85,93 €
6113	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6112 für jede weiteren fünf Transplantate	30,95 €
6114	Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz: Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, bis zu 25 cm², ggf. einschließlich - Vorbereitung der Wundflächen - Auflegen von Wundabdeckungen - Wundrandmobilisierung - Nähte - fixierender Verbände <i>Die Leistung nach Nummer 6114 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	111,68 €
6115	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6114 für jede weiteren 25 cm² <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	51,29 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6116	Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz: alle übrigen Regionen, bis zu 100 cm², ggf. einschließlich - Vorbereitung der Wundflächen - Auflegen von Wundabdeckungen - Wundrandmobilisierung - Nähte - fixierender Verbände <i>Die Leistung nach Nummer 6116 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	79,85 €
6117	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6116 für jede weiteren 100 cm² <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	38,93 €

Tätowierung/Pigmentierung**11.01.07**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6200	Tätowierung oder Pigmentierung der Haut für kosmetische Korrekturen, bis 12 cm² oder erster Mamillen-Areola-Komplex, ggf. einschließlich - Auftragen von Externa und Abdeckung - Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 6200 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 6200 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7419 nicht berechnungsfähig.</i>	79,30 €
6201	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6200 für jede weiteren 12 cm² oder zweiten Mamillen-Areola-Komplex, ggf. einschließlich - Auftragen von Externa und Abdeckung - Kühlung <i>Der Zuschlag nach Nummer 6201 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7419 nicht berechnungsfähig. Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	44,10 €

Entfernung Nahtmaterial**11.01.08**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6300	Entfernung von Klammern, Nahtmaterial und/oder Drainagen auch bei Unterdruckwundbehandlung, je Wunde, je Sitzung	5,00 €

Vertraulich

Gefäßentnahme**11.01.09**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6400	Entnahme einer Vene (z.B. V. saphena magna) zur freien Transplantation, auch endoskopisch, einschließlich - Gefäßfreilegung und Unterbindung(en) - Versorgung und Verschluss der Spenderstelle - Spülung und Markierung des Gefäßes - Transplantatpräparation, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Übernähung(en) <i>Die Leistung nach Nummer 6400 ist neben den Leistungen aus dem Abschnitt L XII oder anderen Leistungen, die die Gefäßtransplantation bereits enthalten, nicht berechnungsfähig.</i>	164,08 €
6401	Entnahme einer Arterie zur freien Transplantation, auch endoskopisch, einschließlich - Gefäßfreilegung und Unterbindung(en), - Versorgung und Verschluss der Spenderstelle, - Spülung und Markierung des Gefäßes, - Transplantatpräparation, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Übernähung(en) <i>Die Leistung nach Nummer 6401 ist neben den Leistungen aus dem Abschnitt L XII oder anderen Leistungen, die die Gefäßtransplantation bereits enthalten, nicht berechnungsfähig.</i>	181,69 €

Transplantatentnahme/Hebung**11.01.10**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6500	Transplantatentnahme, Faszie, mit Stripper, Entnahme des ersten Streifens, ggf. einschließlich - Versorgung der Spenderstelle - Aufbereitung des Transplantates <i>Die Leistung nach Nummer 6500 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	195,29 €
6501	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6500 für jede weitere Entnahme eines Faszienstreifens mit Stripper <i>Die Anzahl der Faszienstreifen ist in der Rechnung anzugeben.</i>	73,77 €
6502	Transplantatentnahme, Faszie und/oder Gleitgewebe, offen oder endoskopisch, bis zu 25 cm², ggf. einschließlich - Versorgung der Spenderstellen - Aufbereitung der Transplantate <i>Die Leistung nach Nummer 6502 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	202,67 €
6503	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6502 für jede weiteren 25 cm² <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	66,39 €
6504	Transplantatentnahme, Sehne, mit Stripper, Entnahme der ersten Sehne, ggf. einschließlich - Versorgung der Spenderstelle - Aufbereitung des Transplantates <i>Die Leistung nach Nummer 6504 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	158,41 €
6505	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6504 für jede weitere Entnahme einer Sehne mit Stripper	88,53 €
6506	Transplantatentnahme, Sehne, ohne Stripper, Entnahme der ersten Sehne, ggf. einschließlich - Versorgung der Spenderstelle - Aufbereitung des Transplantates <i>Die Leistung nach Nummer 6506 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	169,47 €
6507	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6506 für jede weitere Entnahme einer Sehne ohne Stripper	88,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6508	Transplantatentnahme, Rippenknorpel, je Hautzugang mit eigener Transplantatentnahme, ggf. einschließlich - (plastischer) Deckung des Hebedefektes mit ortsständigen Geweben - Aufbereitung der Transplantate	246,93 €
6509	Entnahme eines kleinen Transplantates, composite graft aus Haut/Mucosa, Subkutis und Knorpel, ggf. einschließlich - Deckung des Hebedefektes mit ortsständigen Geweben - Aufbereitung des Transplantates	169,47 €
6510	Entnahme eines großen Transplantates, composite graft aus Haut/Mucosa, Subkutis und Knorpel, ggf. einschließlich - Deckung des Hebedefektes mit ortsständigen Geweben - Aufbereitung des Transplantates <i>Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.</i>	232,18 €
6511	Delay-Operation als alleiniger Eingriff bei mehrzeitiger Transplantathebung, ggf. einschließlich - Lokalisierung der Gefäße - Messungen zur Durchblutung - Unterbindung auch mehrerer Gefäße - mikrochirurgischer Präparation - Übernähung(en) - Denervierungen <i>Die Leistung nach Nummer 6511 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	368,66 €
6512	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6511 für Umschneiden und Refixieren eines Lappens, ggf. einschließlich teilweiser Lappenhebung	66,39 €
6513	Hebung eines kutanen axial pattern Lappens, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	401,88 €
6514	Hebung mehrerer kutaner axial pattern Lappen über einen Zugang, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	486,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6515	Hebung eines kutanen axial pattern Lappens, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	825,74 €
6516	Hebung mehrerer kutaner axial pattern Lappen über einen Zugang, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	656,20 €
6517	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6515 oder 6516 für Hebung als Perforatorlappen (z.B. DIEP-Flap) mit mikrochirurgischer Präparation von Gefäßen und Nerven, ggf. einschließlich - Präparation und Hebung auch mehrerer Perforatoren über einen Zugang - Lokalisierung der Perforatorgefäße - Messungen bzw. Prüfung der Durchblutungsverhältnisse - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven	750,85 €
6518	Transplantation als freier kutaner Lappen mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss, einschließlich Darstellung der Empfängergefäße - Naht Arterie - Naht Vene - Einnähen des Lappens	1 362,71 €
6519	Hebung eines fasziokutanen axial pattern Lappens, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	547,20 €
6520	Hebung mehrerer fasziokutaner axial pattern Lappen über einen Zugang, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	728,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6521	Hebung eines fasziokutanen axial pattern Lappens, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	559,31 €
6522	Hebung mehrerer fasziokutaner axial pattern Lappen über einen Zugang, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	753,08 €
6523	Transplantation als freier fasziokutaner Lappen mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss, einschließlich Darstellung der Empfängergefäße - Naht Arterie - Naht Vene - Einnähen des Lappens	1 092,17 €
6524	Hebung mehrerer muskulo-(kutaner) axial pattern Lappen über einen Zugang, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	946,85 €
6525	Hebung eines muskulo-(kutanen) axial pattern Lappens, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	777,30 €
6526	Hebung mehrerer muskulo-(kutaner) axial pattern Lappen über einen Zugang, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, ggf. einschließlich - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	728,86 €
6527	Hebung eines muskulo-(kutanen) axial pattern Lappens, übrige Regionen, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe	656,20 €
6528	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6519, 6520, 6521, 6522, 6524, 6525, 6526 oder 6527 für die Präparation des Gefäßstiel des Lappens	217,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6529	Transplantation als freier musculo-(kutaner) Lappen mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss, einschließlich - Darstellung der Empfängergefäße - Naht Arterie - Naht Vene - Einnähen des Lappens	825,74 €
6530	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6518, 6523 oder 6529 für jeden weiteren Gewebeanteil (z.B. Knochen, Lymphknoten), je Gewebeanteil	290,65 €
6531	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6518, 6519, 6520, 6521, 6522, 6523, 6524, 6525, 6526, 6527 oder 6529 für mikrochirurgische Präparation und/oder Naht eines Nervens	193,77 €
6532	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6518, 6519, 6520, 6521, 6522, 6523, 6524, 6525 oder 6526 6527 oder 6529 für Transplantation als funktioneller Muskelerersatz, einschließlich Anschluss an Sehnen <i>Der Zuschlag nach Nummer 6532 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	290,65 €
6533	Hebung eines gefäßgestielten Knochenlappens ggf. einschließlich Weichteile, Haut, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe <i>Die Leistung nach Nummer 6533 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 6533 ist neben der Leistung nach Nummer 7672, 7673, 7674, 7675, 7676, 7677, 7678 oder 7679 nicht berechnungsfähig.</i>	583,53 €
6534	Einbringen eines gefäßgestielten Knochenlappens, einschließlich Weichteile und ggf. Haut, ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe <i>Die Leistung nach Nummer 6534 ist neben der Leistung nach Nummer 7672, 7673, 7674, 7675, 7676, 7677, 7678 oder 7679 nicht berechnungsfähig.</i>	347,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6535	Hebung eines freien mikrovaskulären Knochenlappens ggf. einschließlich Weichteile/Haut, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe <i>Die Leistung nach Nummer 6535 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 6535 ist neben der Leistung nach Nummer 7672, 7673, 7674, 7675, 7676, 7677, 7678 oder 7679 nicht berechnungsfähig.</i>	728,86 €
6536	Einbringen eines freien mikrovaskulären Knochenlappens einschließlich Weichteile und ggf. Haut, einschließlich Darstellung der Empfängergefäße - Naht Arterie - Naht Vene - Einnähen des Lappens <i>Die Leistung nach Nummer 6536 ist neben der Leistung nach Nummer 7672, 7673, 7674, 7675, 7676, 7677, 7678 oder 7679 nicht berechnungsfähig.</i>	656,20 €
6537	Hebung eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehenfragments zur freien mikrovaskulären Transplantation, ggf. einschließlich - Präparation von Nerven - Gefäßen - Sehnen - Muskeln und Knochen - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe <i>Die Leistung nach Nummer 6537 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	946,85 €
6538	Einbringen und/oder funktioneller Anschluss eines freien mikrovaskulären Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehenfragments, einschließlich - Naht Arterie - Naht Vene - Naht Nerven - Naht Sehnen - Einnähen	946,85 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6539	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6518, 6523, 6529, 6536 oder 6538 für jede weitere Gefäßanastomose	193,77 €
6540	Sekundäre Lappenkorrekturen, ggf. einschließlich - Durchtrennen von Gewebebrücken und definitivem Verschluss des Hebedefektes (z.B. bei Cross-Finger-Lappen) - Teilresektion - Entfettung - Modellierung - plastischem Verschluss mit ortsständigem Gewebe <i>Die Leistung nach Nummer 6540 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	292,88 €
6541	Zuschlag für Zustand nach Radiatio im Lappenspender oder Empfängerareal	182,13 €

Einbringen Fernlappen**11.01.11**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6600	Einbringen eines nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6519, 6520, 6521, 6522, 6524, 6525, 6526, 6527, 6533 oder 6535 entnommenen Lappens, im Gesicht, im Halsbereich, in der Hand, am Kopf, einschließlich - Zurichtung und Modellierung von Lappen und Implantatbett, ggf. einschließlich - Schaffung eines Tunnels - Desepithelisierung - Entfettung - Enthaarung - plastischem Verschluss - auch mit zusätzlichem ortsständigem Gewebe	537,38 €
6601	Einbringen eines nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6519, 6520, 6521, 6522, 6524, 6525, 6526 oder 6527 entnommenen Lappens, übrige Regionen, einschließlich - Zurichtung und Modellierung von Lappen und Implantatbett, ggf. einschließlich - Schaffung eines Tunnels - Desepithelisierung - Entfettung - Enthaarung - plastischem Verschluss - auch mit zusätzlichem ortsständigem Gewebe	425,11 €

Dermolipektomie/Liposuktion**11.01.12**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6700	Dermolipektomie, Abdomen, ohne Versetzung des Nabels, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders, je Sitzung	469,52 €
6701	Dermolipektomie, Gesäß und Hüfte, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 6701 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	469,52 €
6702	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6701 für Rekonstruktion des Glutealhügels durch Fett- und/oder Muskellappenplastik, ggf. einschließlich Fettgewebstransplantation	264,45 €
6703	Dermolipektomie, je Oberschenkel, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands	469,52 €
6704	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6703 für Dermolipektomie, über Knie hinaus reichend, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands	132,22 €
6705	Dermolipektomie, je Arm, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands <i>Die Leistung nach Nummer 6705 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	469,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6706	Dermolipektomie, Rücken, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6706 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	514,62 €
6707	Dermolipektomie, Abdomen mit zusätzlich vertikaler Resektion, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Versetzung des Nabels - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6707 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	726,23 €
6708	Zirkuläre Dermolipektomie am Stamm, ohne Versetzung des Nabels, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6708 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	1 387,64 €
6709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6700 oder 6708 für Verschluss der Rektusdiastase und/oder Wiederherstellung der muskulären Bauchdecke, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen - Entfernen oder Einbringen von Implantaten - plastischer Maßnahmen an Muskeln - Faszien und ggf. Peritoneum <i>Der Zuschlag nach Nummer 6709 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	198,33 €
6710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6700 oder 6708 für Versetzung des Nabels, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen - plastischer Maßnahmen an Nabel und im Bereich des Nabels an Muskeln - Faszien- und ggf. Peritoneumnaht <i>Der Zuschlag nach Nummer 6710 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	154,26 €
6711	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6700, 6707 oder 6708 für Scarpalift, ggf. einschließlich partieller Resektion des Schamhügels <i>Der Zuschlag nach Nummer 6711 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	211,55 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6712	Zirkuläre Dermolipektomie am Thorax, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6712 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	1 387,64 €
6713	Dermolipektomie, Schamhügel, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6713 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	306,22 €
6714	Dermolipektomie, Schamhügel mit zusätzlich vertikaler Resektion, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders <i>Die Leistung nach Nummer 6714 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	427,65 €
6715	Liposuktion: - eine Oberschenkel-Innenseite oder - eine Oberschenkel-Außenseite oder - eine Oberschenkel-Vorderseite oder - eine Oberschenkel-Rückseite oder - eine Unterschenkel-Vorderseite oder - eine Unterschenkel-Rückseite oder - eine Oberarm-Vorderseite oder - eine Oberarm-Rückseite oder - Oberbauch oder - Unterbauch oder - sonstige Regionen, ggf. einschließlich - physikalischer und/oder medikamentöser Lipolyse - subkutaner Injektionen - Infiltrationen und/oder Infusionen einschließlich Tumeszenzanästhesie - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders	323,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6716	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6715 für den Einsatz aufwendiger Liposuktions-Technik (z.B. WAL, UAL, VAL), ggf. einschließlich - Einsatz von Laser - Ultraschall - Vibration - Wasserstrahl	72,93 €

Vertraulich

Fettgewebstransplantation**11.01.13**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6800	Einbringen von autologem Fettgewebe an der weiblichen Brust, bis 100 ml	404,29 €
6801	Einbringen von autologem Fettgewebe an der weiblichen Brust, über 100 ml	446,87 €
6802	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6800 oder 6801 für intramuskuläre Infiltration	48,62 €
6803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6800 oder 6801 für die Durchführung nach brusterhaltender Therapie	86,26 €
6804	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6800 oder 6801 für die Durchführung nach Brustrekonstruktion	86,26 €
6805	Einbringen von autologem Fettgewebe im Gesicht	354,55 €
6806	Einbringen von autologem Fettgewebe an sonstigen Körperstellen	338,95 €
6807	Einbringen von autologem Fettgewebe in Narben oder chronischen Wunden	161,34 €
6808	Zell-Anreicherung von Fettgewebs-Transplantaten	71,78 €

Facelift/Implantation alloplastisch**11.01.14**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6900	Teil-Facelifting: Mittelgesichtsift je Seite, Stirn und andere Regionen beidseitig, ggf. einschließlich - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Lipektomie - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 6900 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 6900 ist neben der Leistung nach der Nummer 6901 nicht berechnungsfähig.</i>	581,55 €
6901	Vollständiges Facelifting, Gesicht und Hals, je Seite, ggf. einschließlich - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Lipektomie - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 6901 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	971,05 €
6902	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Platysmaplastik (Hals), ggf. einschließlich - Lipektomie - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung, beidseitig, je Sitzung	227,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
6903	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Plikatur Fettgewebe (Hals, Kinn), ggf. einschließlich - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung, beidseitig, je Sitzung	178,50 €
6904	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für SMAS-Plastik (Superfizielles Muskulo-Aponeurotisches System), ggf. einschließlich - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 6904 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	178,50 €
6905	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für beidseitige subperiostale Präparation <i>Der Zuschlag nach Nummer 6905 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 6905 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 6906 nicht berechnungsfähig.</i>	119,00 €
6906	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Knochenabtragung, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 6906 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 6906 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 6905 nicht berechnungsfähig.</i>	119,00 €
6907	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, Kinn, eine Wange, erste Lokalisation, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantatwechsel mit Kapsulektomie bzw. Exzision einer Kapselfibrose - plastischer Zurichtung des Implantatbettes <i>Die Leistung nach Nummer 6907 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	225,11 €
6908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6907 für jede weitere Lokalisation, ggf. einschließlich - Implantatwechsel mit Kapsulektomie bzw. Exzision einer Kapselfibrose - plastischer Zurichtung des Implantatbettes <i>Der Zuschlag nach Nummer 6908 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	101,04 €

Fazialisparese/Pterygium colli**11.01.15**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7000	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Faszienzügelplastik partiell perioral, ggf. einschließlich - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7000 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7000 ist neben der Leistung nach Nummer 7004 oder 7007 nicht berechnungsfähig.</i>	556,78 €
7001	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Faszienzügelplastik partiell temporo-naso-labial, ggf. einschließlich - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7001 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7001 ist neben der Leistung nach Nummer 7004 oder 7007 nicht berechnungsfähig.</i>	512,51 €
7002	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Faszienzügelplastik total (perioral und temporo-naso-labial), ggf. einschließlich - Wiederherstellung von Hautfalten - partieller Straffung der Gesichtshaut - Desepithelialisierung - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Einbringen von alloplastischem Material (außer an den Lidern) - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 7002 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7002 ist neben der Leistung nach Nummer 7008 oder 7012 nicht berechnungsfähig.</i>	778,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7003	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Dermiszügel oder Dermisstreifenplastik in der Nasolabialfalte, ggf. einschließlich - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7003 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	634,24 €
7004	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Temporalistransfer zu Nasolabialfalte und Mundwinkel, ggf. einschließlich - Ablösen des knöchernen Muskelansatzes - Verlängerung mit Faszienstreifen und/oder alloplastischem Material - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7004 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7004 ist neben der Leistung nach Nummer 7000 oder 7001 nicht berechnungsfähig.</i>	733,83 €
7005	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Temporalistransfer zu Oberlid und Unterlid, ggf. einschließlich - Ablösen des knöchernen Muskelansatzes - Verlängerung mit Faszienstreifen und/oder alloplastischem Material - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7005 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	755,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7006	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Platysmatransfer, ggf. einschließlich - Ablösen des knöchernen Muskelansatzes - Verlängerung mit Faszienstreifen und/oder alloplastischem Material - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7006 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	601,04 €
7007	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Massetertransfer, ggf. einschließlich - Ablösen des knöchernen Muskelansatzes - Verlängerung mit Faszienstreifen und/oder alloplastischem Material - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7007 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7007 ist neben der Leistung nach Nummer 7000 oder 7001 nicht berechnungsfähig.</i>	800,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7008	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Neurotisation mit Crossfazial-Nerventransplantat, 1. Sitzung, erstes Transplantat, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Freilegung von Nerven - Neuromonitoring und Stimulationen - Wiederherstellung von Hautfalten - partieller Straffung der Gesichtshaut - Desepithelialisierung - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Einbringen von alloplastischem Material (außer an den Lidern) - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 7008 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7008 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.</i>	999,41 €
7009	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7008, 1. Sitzung, jedes weitere Transplantat <i>Der Zuschlag nach Nummer 7009 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	265,58 €
7010	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Neurotisation mit Crossfazial-Nerventransplantat, 2. Sitzung, erstes Transplantat, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Freilegung von Nerven - Neuromonitoring und Stimulationen - Wiederherstellung von Hautfalten - partieller Straffung der Gesichtshaut - Desepithelialisierung - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Einbringen von alloplastischem Material (außer an den Lidern) - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 7010 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7010 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.</i>	733,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7011	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7010, 2. Sitzung, für jedes weitere Transplantat, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Freilegung von Nerven - Neuromonitoring und Stimulationen - Eingriffen an der Muskulatur - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Einbringen von alloplastischem Material (außer an den Lidern) - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Der Zuschlag nach Nummer 7011 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	331,97 €
7012	Ersatzoperation bei Fazialisparese, Neurotisation mit Crossfazial-Nerventransplantat, kombiniert in einer Sitzung, erstes Transplantat, ggf. einschließlich - Anschlüsse End-zu-End und/oder End-zu-Seit - Adhäsiolyse und Freilegung von Nerven - Neuromonitoring und Stimulationen - Wiederherstellung von Hautfalten - partieller Straffung der Gesichtshaut - Desepithelialisierung - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen - Einbringen von alloplastischem Material (außer an den Lidern) - Schaffung eines oder mehrerer Tunnel auch mittels Katheter - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Die Leistung nach Nummer 7012 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7012 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.</i>	1 264,98 €
7013	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7012 für jedes weitere Transplantat <i>Der Zuschlag nach Nummer 7013 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	331,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7014	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7002, 7008, 7010 oder 7012 für zusätzliche Freilegung, Verlagerung und Aufbereitung eines ortsständigen Nervs (einschließlich seiner Äste, z.B. N. massetericus oder hypoglossus) als Transponat sowie Anschluss an ein oder mehrere Ziele (End-zu-End und/oder End-zu-Seit), ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Freilegung von Nerven - Neuromonitoring und Stimulationen - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung <i>Der Zuschlag nach Nummer 7014 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	331,97 €
7015	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7002, 7008, 7010 oder 7012 für das Einbringen eines freien mikrochirurgischen Muskel-Lappens bei Ersatzoperation bei Fazialisparese, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Neuromonitoring und Stimulationen - Vorbereitung des Implantatbettes sowie des Transplantates einschließlich plastischer Modellierung - Eingriffen an der Muskulatur - endoskopischer und minimalinvasiver Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung	663,94 €
7016	Ersatzoperation bei Fazialisparese, alloplastische Implantate in die Lider, ggf. einschließlich - plastischer Korrektur der Lider - Hebung und Aufbereitung ortsständiger Transplantate - Versorgung der Entnahmestellen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7016 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7016 ist neben der Leistung nach Nummer 8321 nicht berechnungsfähig.</i>	357,59 €
7017	Operative Korrekturversorgung bei Pterygium colli, ggf. einschließlich - plastischer Resektion - Lösen und Entfernen von Verwachsungen und/oder Narbengewebe - plastischem Verschluss, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 7017 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	468,25 €

Finger- /Zehennagel**11.01.16**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7100	Trepanation eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	14,84 €
7101	Extraktion oder Teilextraktion eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	13,18 €
7102	Keilexzision Nagelwall, eine Nagelseite, mit totaler Exzision des entzündeten Nagelbettes und Entfernung des entsprechenden Anteils der Nagelwurzel, ggf. einschließlich - Defektdeckung - Gaze-/Salbenverband	19,32 €
7103	Keilexzision Nagelwall, beide Nagelseiten eines Fingers oder einer Zehe, mit totaler Exzision des entzündeten Nagelbettes und Entfernung der entsprechenden Anteile der Nagelwurzel, ggf. einschließlich - Defektdeckung - Wund- oder Salbenverband	24,79 €
7104	Inzision und/oder Wundversorgung eines Panaritiums, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	47,28 €
7105	Partielle Exzision der Nagelmatrix eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus, einschließlich Nagelextraktion und Exzision der Nagelwurzel, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	43,03 €
7106	Exzision der gesamten Nagelmatrix eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus, einschließlich Nagelextraktion und Exzision der Nagelwurzel, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	61,27 €

Hand**11.01.17**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7200	Bildung der ersten Zwischenfingerfalte, als selbständige Leistung, einschließlich - Mobilisierung des ersten Mittelhandknochens - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - offener, gestielter Mobilisation und Verlagerung von Muskeln - Bändern mit plastischer Sehnenoperation und knöcherner Verankerung - Darstellung - Schonung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7200 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	510,79 €
7201	Ersatzoperation der Daumenballenmuskulatur (Opponensplastik) zur Herstellung einer Fingeropposition durch Muskel-Sehnenplastik mit offener, gestielter Mobilisation und Verlagerung von Sehnen und Muskeln mit plastischer Sehnenoperation und knöcherner Verankerung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Seitenbandrekonstruktion - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7201 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	447,67 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7202	Daumenersatz durch Verlagerung eines Langfingers (einschließlich Hebung) über mehrere Hauteröffnungen, als selbständige Leistung, einschließlich Maßnahmen an Knochen, Sehnen, Bändern und Muskeln zum Kürzen und Versetzen eines Langfingers, auch mit komplexer Umstellungsosteotomie und Kürzung/Resektion und Epiphyseodese eines Fingergliedes, ggf. einschließlich - Resektion des oder der überzähligen Partner bei Polydaktylie - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7202 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	1 399,88 €
7203	Daumenersatz durch Transplantation eines Langfingers, mit Osteotomien am 1. und am 2. Strahl, als selbständige Leistung, einschließlich Eingriffen an Knochen, Achsen- und/oder Knochenkontur, ggf. einschließlich - Resektion des rudimentären Daumens - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - Präparation und Verlagerung und Neubefestigung von Beuge- und Strecksehnen - lokale Hautlappenplastik - mikrochirurgischer Technik - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7203 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	1 564,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7204	Korrektur bei Doppeldaumen mit geringer Deformierung des anderen Partners als selbständige Leistung, einschließlich Entfernung des zusätzlichen Gliedes, ggf. einschließlich - Eingriff an Knochen - Kapsel-, Band- und Sehnenraffung - Muskelverlagerung - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7204 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	288,98 €
7205	Korrektur bei Doppeldaumen mit komplexer Fehlbildung beider Partner mit Muskel- und Gelenkfehlbildung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Entfernung des zusätzlichen Gliedes - Eingriff an Knochen - Achsen- und/oder Knochenkorrektur - Osteosynthesen - Kapsel-, Band- und Sehnenraffung - Muskelverlagerung - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7205 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	869,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7206	Eingriff an einem Mittelhand- oder Fingerknochen mit Osteotomien und Anlage eines Distraktors zur Verlängerung, ggf. einschließlich - Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Blutleere - Spezialhandlagerung - Röntgenkontrolle - Schienenverband	353,00 €
7207	Eingriff an einem Mittelhand- und/oder Fingerknochen mit Osteotomien, autologer, homologer und/oder heterologer Knochenanlagerung zur Verlängerung, ggf. einschließlich - Transplantatentnahme - Osteosynthesen - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - Schienenverband	510,79 €
7208	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7206 oder 7207 für verlängernden Eingriff an einem weiteren Knochen mit Osteotomien, autologer, homologer und/oder heterologer Knochenanlagerung, ggf. einschließlich - Transplantatentnahme - Osteosynthesen - regionaler, gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - Schienenverband	252,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7209	Fingerkonstruktion durch freie mikrovaskuläre Finger- oder Zehentransplantation (ohne Transplantathebung), einschließlich Gefäßanastomosen und Maßnahmen an Knochen, Sehnen, Bändern und Muskeln, ggf. einschließlich - komplexer Umstellungsosteotomie - Kürzung/Resektion und Osteosynthese - Darstellung und Verlagerung sowie Naht von Nerven und Gefäßen - regionaler und/oder gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Spezialhandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband, je Strahl <i>Die Leistung nach Nummer 7209 ist je Transplantat mit Gefäßanschluss einmal berechnungsfähig.</i>	1 259,01 €
7210	Vollständige Korrektur bei Kamptodaktylie, ein Strahl, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Arthrolysen - Sehnenverlängerungen - Sehnentransfers - Muskelkorrekturen - erweiterter Revision in der Hohlhand - Osteotomien und Osteosynthesen - regionaler Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Blutleere - Bleihandlagerung - Röntgenkontrolle - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband	447,67 €
7211	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7210 für vollständige Korrektur eines weiteren Strahls bei Kamptodaktylie	284,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7212	Korrektur bei Klinodaktylie mit aberrierenden Wachstumsfugen, einschließlich Weichteilrelease sowie Darstellung und Verlagerung der Nerven und Gefäße, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Korrekturosteotomie und Osteosynthese - Drahtfixierung - autologer Knochentransplantation (ohne Transplantathebung) - Fettlappeninterponat (einschließlich Hebung) - regionärer und freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7212 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	447,67 €
7213	Korrektur-Osteotomie bei Kirner-Deformität und/oder Epiphyseodese, ggf. einschließlich - Osteosynthese - Röntgenkontrolle - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7213 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	384,56 €
7214	Korrektur bei Windmühlendeformität mit Beseitigung von Kontrakturen, ggf. einschließlich - regionales und freies Hauttransplantat (einschließlich Hebung) - Beuge- und Strecksehnenkorrektur sowie Sehnenverlängerung - Gelenkkorrekturen - Umstellungsosteotomien mit Osteosynthesen - Blutleere - Bleihandlagerung - Röntgenkontrolle - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung nach Nummer 7214 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	889,48 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7215	Korrektur einer partiellen kutanen Syndaktylie, einschließlich lokaler Hautlappenplastik und/oder freies Hauttransplantat (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - Blutleere - Bleihandlagerung - Schienenverband <i>Die Leistung ist je wiederhergestellter Zwischenfingerfalte berechnungsfähig.</i>	342,48 €
7216	Korrektur einer vollständigen kutanen Syndaktylie, einschließlich lokaler Hautlappenplastik und/oder freies Hauttransplantat (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - Freilegung und Verlagerung von Blutgefäßen und Nerven - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband <i>Die Leistung ist je wiederhergestellter Zwischenfingerfalte berechnungsfähig.</i>	742,21 €
7217	Korrektur bei vollständiger kutaner und ossärer Syndaktylie, einschließlich Osteotomien sowie lokaler Hautlappenplastik und/oder Hauttransplantaten (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - Freilegung und Verlagerung von Blutgefäßen und Nerven - Sehnenkorrekturen sowie Sehnenverlängerungen - Gelenkkorrekturen - Osteosynthesen - Röntgenkontrollen - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband	826,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7218	Korrektur bei Polydaktylie, Abtragung überzähliger Strahlen (nicht bei Verwendung als Transplantat), ggf. einschließlich - Freilegung und Verlagerung von Blutgefäßen und Nerven - Sehnenkorrekturen sowie Sehnenverlängerungen - regionaler und/oder gestielter und/oder freier Hautlappenplastik (einschließlich Hebung) - Röntgenkontrolle - Blutleere - Bleihandlagerung - Schienenverband	447,67 €
7219	Handgelenkskorrektur bei radialer und/oder ulnarer Klumphand, einschließlich Maßnahmen an einem oder mehreren benachbarten Muskeln, Sehnen, Faszien- und Bandstrukturen zur Wiederherstellung der Funktion, ggf. einschließlich - Stabilisierung mit periostalen Lappen - Osteosynthesen - Freilegung und Verlagerung von Blutgefäßen und Nerven - Sehnenkorrekturen sowie Sehnenverlängerungen - regionaler und/oder gestielter Hauttransplantate - Röntgenkontrolle - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband und/oder redressierendem Verband <i>Die Leistung nach Nummer 7219 ist je Hand einmal berechnungsfähig.</i>	923,85 €
7220	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7219 für die Anlage eines Fixateur externs	379,93 €

Replantation/Expander**11.01.18**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7300	Replantation von Skalp- und/oder Gesichtsteilen (außer Nase, Ohr und Lippe), einschließlich arteriellem und venösem Anschluss mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Nerven nähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop <i>Die Leistung nach Nummer 7300 ist je abgegrenztem Verletzungsareal einmal berechnungsfähig.</i>	1 202,76 €
7301	Replantation der Nase oder eines Ohres nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich arteriellem und venösem Anschluss mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - sämtlicher plastischer Maßnahmen an allen beteiligten Geweben (auch Knochen und Knorpel) - Refixation von Knorpel und/oder Knochen - Replantation eines mit Ohr bzw. Nase zusammenhängenden Skalp- und/oder Gesichtsanteiles - Reinigung und Debridement der Wunden - Nerven nähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop <i>Die Leistung nach Nummer 7301 ist neben der Leistung nach Nummer 9010 oder 9011 nicht berechnungsfähig.</i>	1 342,21 €
7302	Replantation einer Lippe nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich arteriellem und venösem Anschluss mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Replantation von mit den Lippen zusammenhängenden Gesichtsanteilen - Reinigung und Debridement der Wunden - Nerven nähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop <i>Die Leistung nach Nummer 7302 ist je Sitzung und Lippe einmal berechnungsfähig.</i>	1 295,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7303	Replantation einer oberen Extremität (Schulter, Oberarm, Ellenbeuge, Unterarmschaft) nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 936,40 €
7304	Replantation einer Hand im Handgelenks-, Handwurzelbereich nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 597,29 €
7305	Replantation einer Mittelhand, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 876,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7306	Replantation eines Daumens oder Fingers im Mittel- oder Grundgliedbereich nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Wiederanschluss von Nerven - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	1 202,76 €
7307	Replantation eines Daumens oder eines Fingers im Endgliedbereich, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Wiederanschluss von Nerven - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	1 073,31 €
7308	Replantation einer unteren Extremität (Hüfte, Oberschenkel, Kniebereich, Unterschenkelschaft) nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 936,40 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7309	Replantation eines Fußes im Sprunggelenks- oder Fußwurzelbereich nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 597,29 €
7310	Replantation eines Fußes im Mittelfußbereich, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	2 876,19 €
7311	Replantation einer Großzehe nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Nerven, Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	1 202,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7312	Replantation einer Zehe (außer Großzehe) nach vollständiger oder subtotaler Amputation, einschließlich - Kürzung des Knochens und/oder der Weichteile - Osteosynthesen (jeder Art) - Sehnen- und Muskelnähten - Wiederanschluss von Arterien und Venen mittels Anastomosen, ggf. einschließlich - Wiederanschluss von Nerven - Reinigung und Debridement der Wunden - Sehnen transplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	1 073,31 €
7313	Implantation Expander, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, Summe der Implantatgrundflächen bis einschließlich 12 cm² (Nennwerte laut Hersteller), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation mehrerer Expander - Vorbereiten und Befüllen der Expander - Herstellen von Taschen zur Aufnahme der Expander - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander <i>Die Leistung nach Nummer 7313 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	233,19 €
7314	Implantation Expander, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale, Summe der Implantatgrundflächen größer als 12 cm² (Nennwerte laut Hersteller), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation mehrerer Expander - Vorbereiten und Befüllen der Expander - Herstellen von Taschen zur Aufnahme der Expander - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander <i>Die Leistung nach Nummer 7314 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	290,01 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7315	Implantation Expander, übrige Regionen (außer Mamma), Summe der Implantatgrundflächen bis einschließlich 25 cm² (Nennwerte laut Hersteller), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation mehrerer Expander - Vorbereiten und Befüllen der Expander - Herstellen von Taschen zur Aufnahme der Expander - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander <i>Die Leistung nach Nummer 7315 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	310,42 €
7316	Implantation Expander, übrige Regionen (außer Mamma), Summe der Implantatgrundflächen größer als 25 cm² bis einschließlich 60 cm² (Nennwerte laut Hersteller), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation mehrerer Expander - Vorbereiten und Befüllen der Expander - Herstellen von Taschen zur Aufnahme der Expander - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander <i>Die Leistung nach Nummer 7316 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	327,72 €
7317	Implantation Expander, übrige Regionen (außer Mamma), Summe der Implantatgrundflächen größer als 60 cm² (Nennwerte laut Hersteller), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation mehrerer Expander - Vorbereiten und Befüllen der Expander - Herstellen von Taschen zur Aufnahme der Expander - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander <i>Die Leistung nach Nummer 7317 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.</i>	392,61 €
7318	Explantation eines Expanders oder mehrerer Expander (außer Mamma-Expander) über einen Zugang, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Hilfsschnitte - Kapsulektomie bzw. Exzision einer Kapselfibrose - Explantation eines dazugehörigen Ports	262,83 €
7319	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7318 für Wiedereinlage von Expandern/Prothesen über einen Zugang, ggf. einschließlich - Vorbereiten der Implantate und Befüllen der Expander - Herrichten der Taschen zur Aufnahme der Implantate - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander	108,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7320	Maßnahmen zur Verbesserung des venösen Abstroms durch Blutegelapplikation <i>Die Leistung nach Nummer 7320 ist neben der Leistung nach Nummer 4115 nicht berechnungsfähig.</i>	19,41 €

Vertraulich

Mammachirurgie**11.01.19**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7400	Implantation einer Mammaprothese (z.B. zur Rekonstruktion) oder eines Expanders epipectoral, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Lösen von Verwachsungen - Vorbereiten der Implantate und Befüllen der Expander - Herrichten von Taschen zur Aufnahme der Implantate - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander - Anlegen eines Kompressionsmieders - Rekonstruktion der Submammarfalte, je Mamma	619,50 €
7401	Implantation einer Mammaprothese (z.B. zur Rekonstruktion) oder Implantation eines Expander subpectoral, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Lösen von Verwachsungen - Vorbereiten der Implantate und Befüllen der Expander - Herrichten von Taschen zur Aufnahme der Implantate - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander - Anlegen eines Kompressionsmieders - Rekonstruktion der Submammarfalte, je Mamma	483,53 €
7402	Implantation einer Mammaprothese (z.B. zur Rekonstruktion) oder Implantation eines Expanders subfaszial, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Lösen von Verwachsungen - Vorbereiten der Implantate und Befüllen der Expander - Herrichten von Taschen zur Aufnahme der Implantate - Implantation von Ports zum Befüllen der Expander - Anlegen eines Kompressionsmieders - Rekonstruktion der Submammarfalte, je Mamma	600,05 €
7403	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7400, 7401 oder 7402 für die Verwendung allogener Matrice im Rahmen des Brustaufbaus	238,81 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7404	Entfernung einer epipectoralen Mammaprothese oder eines Expanders, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Hilfsschnitte - Lösen von Verwachsungen - Explantation eines dazugehörigen Ports - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	262,80 €
7405	Entfernung einer subpectoralen Mammaprothese oder eines Expanders, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Hilfsschnitte - Lösen von Verwachsungen - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	329,68 €
7406	Entfernung einer subfaszialen Mammaprothese oder eines Expanders, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugang/Zugänge - Hilfsschnitte - Lösen von Verwachsungen - Explantation eines dazugehörigen Ports - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	330,91 €
7407	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7404, 7405 oder 7406 für die Wiedereinlage eines Expanders oder einer Mammaprothese (auch zur Augmentation), ggf. einschließlich - Anpassung des Hautmantels - Vorbereiten des Implantats und/oder Befüllen des Expanders - Formierung einer neuen Tasche und/oder Lagewechsel - Implantation eines Ports zum Befüllen des Expanders, je Mamma	207,80 €
7408	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7404, 7405 oder 7406 für die Exzision freier Silikone	136,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7409	Mammaaugmentationsplastik, subglandulär, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Hilfsschnitte - Lösen von Verwachsungen - Vorbereiten und Einbringen von Implantaten - Eingriffen an der Brustmuskulatur und/oder am Drüsenkörper - Herstellen einer Tasche zur Aufnahme von Implantaten - Anpassen des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie und anderer formgebender Maßnahmen - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	519,18 €
7410	Mammaaugmentationsplastik, submuskulär, ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Hilfsschnitte - Lösen von Verwachsungen - Vorbereiten und Einbringen von Implantaten - Eingriffen an der Brustmuskulatur und/oder am Drüsenkörper - Herstellen einer Tasche zur Aufnahme von Implantaten - Anpassen des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie und anderer formgebender Maßnahmen - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	607,88 €
7411	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7404, 7405, 7406, 7409 oder 7410 für die komplette Kapselentfernung bei histologisch nachgewiesener Kapselfibrose	111,47 €
7412	Mammareduktionsplastik, ggf. einschließlich - Turgeszieren der Mamma - Lösen von Verwachsungen - Desepithelisierung - Eingriffe am Drüsenkörper - Mastopexie und/oder andere formgebende Maßnahmen - Straffung des Hautmantels - Wiegen des Resektats - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillientlastung, je Mamma	881,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7413	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412 für tumoradaptiertes Vorgehen	375,27 €
7414	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7409, 7410 oder 7412 für zusätzliche, freie Mamillentransplantation oder freie Verpflanzung des Mamillen-Areolen-Komplexes (jeweils Entnahme und Implantation), ggf. einschließlich - Desepithelisierung - Herrichten des Implantatbettes und des Transplantates - Versorgung der Entnahmestelle - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenenentlastung	207,80 €
7415	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412 für gestieltes Mamillen- bzw. Mamillen-Areolen-Transplantat, ggf. einschließlich Anpassung des Hautmantels, je Mamma	184,71 €
7416	Freie Mamillentransplantation bzw. freie Verpflanzung des Mamillen-Areolen-Komplexes (jeweils Entnahme und Implantation), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Desepithelisierung - Herrichten des Implantatbettes und des Transplantates - Versorgung der Entnahmestelle - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenenentlastung, je Mamma	376,27 €
7417	Rekonstruktion der Mamille durch Nipplesharing der Gegenseite (Entnahme und Implantation), ggf. einschließlich - Desepithelisierung - Areolarekonstruktion - zusätzlicher Transplantation (Entnahme und Implantation) von Gewebe z.B. aus den großen Labien - Herrichten des Implantatbettes und der Transplantate - plastischer Versorgung der Entnahmestellen - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenenentlastung <i>Die Leistung nach Nummer 7417 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	376,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7418	Rekonstruktion der Mamille durch lokale Lappenplastiken (z.B. Malteserkreuz, Star-Nipple, Skate-Nipple, Hartrampf-Mamille), ggf. einschließlich - Anpassung des Hautmantels - Desepithelisierung - Areolarekonstruktion - zusätzlicher Transplantation (Entnahme und Implantation) von Gewebe, z.B. aus der anderen Areola oder aus der Leiste - Herrichten des Implantatbettes und der Transplantate - plastischer Versorgung der Entnahmestellen - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenmentlastung, je Mamma	408,86 €
7419	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7417 oder 7418 für Tätowierung oder Pigmentierung, ggf. einschließlich Auftragen von Externa, je Mamma	171,21 €
7420	Straffung des oberflächlichen Hautmantels der Mamma, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Hautresektion - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenmentlastung, je Mamma	408,86 €
7421	Periareoläre Mastopexie, ggf. einschließlich - Verkleinerung des Mamillen-Areolenkomplexes - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenmentlastung, je Mamma	574,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7422	Mastopexie, ggf. einschließlich - Verkleinerung des Mamillen-Areolenkomplexes - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submamärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillientlastung, je Mamma	597,21 €
7423	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7422 für die Verlagerung des gestielten Mamillen-Areolenkomplexes	380,97 €
7424	Tumorektomie oder Duktectomie oder Lumpektomie oder Segmentresektion oder Quadrantenresektion an der Mamma, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Hautresektionen - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Tumor	463,45 €
7425	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für Mammarekonstruktion mit einem intramammären Rotationslappen (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - plastischer Formung der Submamärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	222,90 €
7426	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für die Defektdeckung mittels intramammärer Verschiebelappenplastik, einschließlich Formgebung der Mamma, ggf. einschließlich - plastischer Formung der Submamärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	238,81 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7427	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für Mammarekonstruktion mittels mehrerer intramammärer Rotationslappen (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - plastischer Formung der Submamärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma <i>Der Zuschlag nach Nummer 7427 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7425 oder 7435 nicht berechnungsfähig.</i>	419,57 €
7428	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für Resektion der Pectoralisfaszie, auch partiell, bei histologischem Nachweis	156,05 €
7429	Mastektomie, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Hautresektionen - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	387,13 €
7430	Resektion einer Gynäkomastie, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Hautresektionen - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	408,70 €
7431	Subkutane Mastektomie, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	474,03 €
7432	Skin-Sparing-Mastektomie, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	594,29 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7433	Erweiterte Mastektomie mit Resektion an den Pectoralmuskeln und/oder Fasziektomie, ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen - Hautresektionen - Exzision von erkranktem Gewebe der Brustwand - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	619,50 €
7434	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7433 für kontinuieritätsunterbrechende Resektion einer oder mehrerer Rippen <i>Der Zuschlag nach Nummer 7434 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 7434 ist neben der Leistung nach Nummer 9313, 9324, 9326, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358 oder 9361 nicht berechnungsfähig.</i>	265,47 €
7435	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431 oder 7433 für Mammarekonstruktion mit Nahlappenplastik (einschließlich Hebung), einschließlich Formgebung der Mamma, ggf. einschließlich - Versorgung der Entnahmestellen - Anpassung des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submammarfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillientlastung, je Mamma <i>Der Zuschlag nach Nummer 7435 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7425 oder 7427 nicht berechnungsfähig.</i>	540,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7436	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431 oder 7433 für Mammarekonstruktion mit einem gefäßgestielten Lappen, ggf. einschließlich - Versorgung der Entnahmestellen - Anpassung des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submammarfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillientlastung, je Mamma	416,08 €
7437	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431 oder 7433 für Mammarekonstruktion mit einem freien mikrovaskulären Lappen, ggf. einschließlich - Versorgung der Entnahmestellen - Anpassung des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submammarfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillientlastung, je Mamma	508,00 €
7438	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431 oder 7433 für die Implantation einer Mammaprothese oder eines Expanders, ggf. einschließlich - Vorbereiten des Implantats und/oder Befüllen des Expanders - Herrichten der Tasche zur Aufnahme des Implantats - Implantation eines Ports zum Befüllen des Expanders - Anlegen eines Kompressionsmieders - Rekonstruktion der Submammarfalte, je Mamma	381,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7439	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412, 7424, 7429, 7431 oder 7433 für axilläre Lymphadenektomie Level 1, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Der Zuschlag nach Nummer 7439 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7440 oder 7441 nicht berechnungsfähig.</i>	242,43 €
7440	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412, 7424, 7429, 7431 oder 7433 für axilläre Lymphadenektomie Level 2, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Der Zuschlag nach Nummer 7440 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7439 oder 7441 nicht berechnungsfähig.</i>	277,07 €
7441	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412, 7424, 7429, 7431 oder 7433 für axilläre Lymphadenektomie Level 3, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Der Zuschlag nach Nummer 7441 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7439 oder 7440 nicht berechnungsfähig.</i>	380,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7442	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431 oder 7433 für axilläre Sentinel-Lymphadenektomien, ggf. einschließlich - prä- und/oder intraoperativer Farbstoffinjektionen - gesonderter Zugänge - Entnahme auch mehrerer Wächter-Lymphknoten - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomien sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Der Zuschlag nach Nummer 7442 ist neben der Leistung nach Nummer 9978 nicht berechnungsfähig.</i>	173,17 €
7443	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5608, 7412, 7424, 7429, 7431, 7433, 7439, 7440 oder 7441 für die intraoperative Sonographie im Rahmen mammachirurgischer Eingriffe	73,07 €
7444	Einpassung des Lappens bei Mammarekonstruktion durch gefäßgestielten oder freien Lappen, auch bei zweizeitigem Vorgehen, ggf. einschließlich - Versorgung der Entnahmestellen - Anpassung des Mamillen-Areolenkomplexes - Mastopexie - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submammärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma	734,57 €
7445	Axilläre Lymphadenektomie Level 1, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Die Leistung nach Nummer 7445 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7446 oder 7447 nicht berechnungsfähig.</i>	488,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7446	Axilläre Lymphadenektomie Level 2, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Die Leistung nach Nummer 7446 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7445 oder 7447 nicht berechnungsfähig.</i>	514,24 €
7447	Axilläre Lymphadenektomie, Level 3, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - gesonderter Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Die Leistung nach Nummer 7447 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7445 oder 7446 nicht berechnungsfähig.</i>	606,02 €
7448	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7445, 7446 oder 7447 für Neurolyse(n) aufgrund eigenständiger medizinischer Indikation (z.B. Verwachsungen, fibrotischen Gewebeverhältnissen)	157,34 €
7449	Axilläre Sentinel-Lymphadenektomien, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - prä- und/oder intraoperativer Farbstoffinjektionen - gesonderter Zugänge - Entnahme auch mehrerer Wächter-Lymphknoten - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomien sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Axilla <i>Die Leistung nach Nummer 7449 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433 oder 9978 nicht berechnungsfähig.</i>	376,27 €
7450	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433 oder 7449 für den Einsatz der Gammasonde bei axillären Sentinel-Lymphadenektomien	65,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7451	Mikrochirurgische Lymphkolektorentransplantation, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	1 453,08 €
7452	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7451 für jeden weiteren Lymphkolektorenanschluss	266,10 €
7453	Mikrochirurgische Lymphknotentransplantation, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	1 453,08 €
7454	Mikrochirurgische lympho-venöse Anastomose, ggf. einschließlich - mikrochirurgischer Präparation - Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung und Markierung von Gefäßen - Präparation von Muskelmanschetten - Denervation - Durchtrennung und/oder Unterbindung von Nerven - Erhalt, Verlagerung und Neueinbettung von Nerven - Aufbereiten der Transplantate - (plastischem) Verschluss der Hebedefekte mit ortsständigem Gewebe	900,99 €
7455	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7454 für jede weitere Anastomose	266,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7456	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7400, 7401, 7402, 7404, 7405, 7406, 7409, 7410, 7412, 7416, 7417, 7418, 7420, 7421, 7422, 7424, 7429, 7430, 7431, 7432, 7433, 7444, 7445, 7446, 7447, 7449, 7451, 7453 oder 7454 für die Erbringung nach vorangegangener Strahlentherapie	129,85 €
7457	Tubusimplantation im Rahmen der IORT (Intraoperative Strahlentherapie)	165,26 €
7458	Clipmarkierung im Rahmen mammachirurgischer Eingriffe	34,60 €

Vertraulich

II. Operative Orthopädie und Traumatologie**11.02****Allgemeine Bestimmungen**

1. Das Auffüllen von operationstechnisch bedingten Knochendefekten mittels während der Operation anfallendem Knochengewebe aus dem operativen Zielgebiet (z.B. Knochenmehl aus Bohrkanälen) ist nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die Spülung eines infizierten Gelenks ist über die Leistungslegenden der Arthroplastik abgebildet.
3. Zu den Fingergelenken zählen die distalen und proximalen Interphalangealgelenke (= DIP + PIP) sowie die Fingergrundgelenke 1 - 5 (= Metakarpophalangealgelenke 1 - 5).
Zu den Zehengelenken zählen die distalen und proximalen Interphalangealgelenke (= DIP + PIP) sowie die Zehengrundgelenke 2 - 5 (= Metatarsophalangealgelenke 2 - 5).
4. Das Handgelenk ist das Gelenk zwischen der proximalen Handwurzelreihe, dem Radius und der Ulna.
5. Kleine Knochen sind die Knochen distal der distalen Gelenkfläche der Hand- oder Fußwurzel:
 - Metakarpale, Phalangen Hand
 - Metatarsale, Phalangen Fuß

Große Knochen sind die Knochen proximal der distalen Gelenkfläche der Hand- oder Fußwurzel:

 - Humerus, Radius, Ulna, Karpale
 - Beckenknochen, Femur, Tibia, Fibula, Kalkaneus, Talus, Tarsale
 - Scapula, Sternum, Patella, Klavikula, Rippen
6. Kleine Gelenke sind die Gelenke distal der distalen Hand- oder Fußwurzelreihe:
 - Karpometakarpalgelenk, Metakarpophalangealgelenk, Interphalangealgelenke der Finger
 - Metatarsophalangealgelenk, Interphalangealgelenke der Zehen

Große Gelenke sind die Gelenke proximal der distalen Hand- oder Fußwurzelreihe:

 - Humeroglenoidalgelenk, Humeroulnargelenk, Handgelenk, Akromioklavikulargelenk, Sternoklavikulargelenk, proximales und distales Radioulnargelenk
 - Iliosakralgelenk, Symphyse, Hüftgelenk, Kniegelenk, oberes Sprunggelenk, unteres Sprunggelenk
7. Bei einer Transposition wird ein Gewebeanteil geschwenkt und ortsnahe eingebracht, ohne dass das Transponat versorgende Gefäße und Nerven durchtrennt und wieder angeschlossen werden müssen.
Bei einer Transplantation wird ein Gewebeanteil am Spenderort vollständig entnommen und an einem fernab gelegenen Empfängerort eingebracht. Gefäße und Nerven müssen ggf. am Empfängerort wieder angeschlossen werden.
8. Bei Repositionen gilt für die Berechnung die Lokalisation der Fraktur bzw. Luxation. Bei der Entfernung von Osteosynthesematerial gilt für die Berechnung die Lokalisation des operativen Zugangs.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7500	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung von Mittelhand- oder Mittelfußknochen einer Seite	48,90 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7501	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Grund-, Mittel- oder Endgliedknochens eines Fingers oder einer Zehe	46,53 €
7502	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7500 oder 7501 für die geschlossene Reposition einer periprothetischen Fraktur	33,11 €
7503	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Schlüsselbeins	84,43 €
7504	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung einer Rippe	34,40 €
7505	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung einer Kniescheibe	33,48 €
7506	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7500, 7501, 7503, 7504 oder 7505 für die geschlossene Reposition einer Mehrfragmentfraktur	29,65 €
7507	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7500, 7501, 7503, 7504 oder 7505 für die geschlossene Reposition einer Fraktur mit Gelenkbeteiligung	39,73 €
7508	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Brustbeins oder eines Schulterblattes	34,40 €
7509	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Oberarmknochens	148,69 €
7510	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung von einem oder beiden Unterarmknochen einer Seite	126,53 €
7511	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung von Handwurzel- oder Fußwurzelknochen einer Seite	61,67 €
7512	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Beckenknochens	191,33 €
7513	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Oberschenkelknochens	166,40 €
7514	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung von einem oder beiden Unterschenkelknochen einer Seite	166,40 €
7515	Geschlossene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Sprung- oder Fersenbeins	56,02 €
7516	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7508, 7509, 7510, 7512, 7513, 7514 oder 7515 für die geschlossene Reposition einer Mehrfragmentfraktur	52,98 €
7517	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7508, 7509, 7510, 7512, 7513, 7514 oder 7515 für die geschlossene Reposition einer Fraktur mit Gelenkbeteiligung	52,98 €
7518	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7508, 7509, 7510, 7512, 7513, 7514 oder 7515 für die geschlossene Reposition einer periprothetischen Fraktur	52,98 €
7519	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Brustbeins oder eines Schulterblattes, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Fraktarenden - Ausräumung eines Hämatoms	329,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7520	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Schlüsselbeins, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	329,57 €
7521	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung einer Rippe, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	236,36 €
7522	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Oberarmknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	365,87 €
7523	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Unterarmknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	377,91 €
7524	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Handwurzel- oder Fußwurzelknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	322,18 €
7525	Offene Reposition der Luxation eines Gelenks der Hand- oder Fußwurzel, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms <i>Mehrere Gelenkflächen jeweils eines Knochens gelten als ein Gelenk.</i>	364,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7526	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturrenden - Ausräumung eines Hämatoms	188,17 €
7527	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Grund-, Mittel- oder Endgliedknochens eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturrenden - Ausräumung eines Hämatoms	188,17 €
7528	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Beckenknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturrenden - Ausräumung eines Hämatoms	668,92 €
7529	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Oberschenkelknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturrenden - Ausräumung eines Hämatoms	521,39 €
7530	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung einer Kniescheibe, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturrenden - Ausräumung eines Hämatoms	341,99 €
7531	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7520, 7521, 7524, 7526, 7527 oder 7530 für die offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur	79,81 €
7532	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7520, 7521, 7524, 7526, 7527 oder 7530 für die offene Reposition einer Fraktur mit Gelenkbeteiligung	119,72 €
7533	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7520, 7521, 7524, 7526, 7527 oder 7530 für die offene Reposition einer periprothetischen Fraktur	179,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7534	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Unterschenkelknochens, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Fraktarenden - Ausräumung eines Hämatoms	395,83 €
7535	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Sprung- oder Fersenbeins, ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Fraktarenden - Ausräumung eines Hämatoms	433,22 €
7536	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7519, 7522, 7523, 7528, 7529, 7534 oder 7535 für die offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur	153,03 €
7537	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7519, 7522, 7523, 7528, 7529, 7534 oder 7535 für die offene Reposition einer Fraktur mit Gelenkbeteiligung	196,75 €
7538	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7519, 7522, 7523, 7528, 7529, 7534 oder 7535 für die offene Reposition einer periprothetischen Fraktur	196,75 €
7539	Geschlossene Mobilisation eines kleinen Gelenks in Narkose und/oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 7539 ist für präoperative Bewegungsprüfung oder Lagerung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7539 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.</i>	50,00 €
7540	Geschlossene Mobilisation eines großen Gelenks in Narkose und/oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 7540 ist für präoperative Bewegungsprüfung oder Lagerung nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7540 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.</i>	70,00 €
7541	Geschlossene Reposition der Luxation eines Acromioclaviculär- oder Sternoclaviculargelenks oder eines distalen oder proximalen Tibiofibulargelenks oder eines distalen oder proximalen Radioulnargelenks (Chassaignac)	33,33 €
7542	Geschlossene Reposition der Luxation eines Schultergelenks	70,00 €
7543	Geschlossene Reposition der Luxation eines Ellbogengelenks	85,00 €
7544	Geschlossene Reposition der Luxation von Handwurzel- oder Fußwurzelgelenken einer Seite	95,00 €
7545	Geschlossene Reposition der Luxation eines Handgelenks oder eines oberen oder unteren Sprunggelenks	95,00 €
7546	Geschlossene Reposition der Luxation eines Grund-, Mittel- oder Endgelenks einer Zehe oder eines Fingers (einschließlich Daumen)	32,30 €
7547	Geschlossene Reposition der Luxation eines Hüftgelenks	180,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7548	Geschlossene Reposition der Luxation einer Kreuzdarmbeinfuge oder einer Symphyse	100,00 €
7549	Geschlossene Reposition der Luxation einer Kniescheibe	25,00 €
7550	Geschlossene Reposition der Luxation eines Kniegelenks	120,00 €
7551	Offene Reposition der Luxation eines Acromioclavicular- oder Sternoclaviculargelenks oder eines distalen oder proximalen Tibiofibulargelenks oder eines distalen oder proximalen Radioulnargelenks (Chassaignac), ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	323,93 €
7552	Offene Reposition der Luxation eines Schultergelenks, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	439,34 €
7553	Offene Reposition der Luxation eines Ellbogengelenks, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	424,92 €
7554	Offene Reposition der Luxation eines Handgelenks oder eines oberen oder unteren Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	427,75 €
7555	Offene Reposition der Luxation eines Grund-, Mittel- oder Endgelenks einer Zehe oder eines Fingers (einschließlich Daumen), ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	223,24 €
7556	Offene Reposition der Luxation eines Hüftgelenks, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	603,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7557	Offene Reposition der Luxation einer Kreuzdarmbeinfuge oder einer Symphyse, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	536,63 €
7558	Offene Reposition der Luxation einer Kniescheibe, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	323,93 €
7559	Offene Reposition der Luxation eines Kniegelenks, ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	495,30 €
7560	Korrekturosteotomie an Klavikula, Sternum, Patella, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	529,89 €
7561	Korrekturosteotomie am Radius oder an der Ulna, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	551,16 €
7562	Korrekturosteotomie an einem Hand- oder Fußwurzelknochen, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	510,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7563	Korrekturosteotomie an einem Mittelhandknochen, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	419,99 €
7564	Korrekturosteotomie an einem Finger- oder Zehenknochen, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	366,08 €
7565	Korrekturosteotomie am Großzehengrundglied (z.B. Akin), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	319,43 €
7566	Korrekturosteotomie am proximalen oder diaphysären ersten Mittelfußknochen (z.B. Scarf, Basis-Osteotomie), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	448,41 €
7567	Korrekturosteotomie am distalen ersten Mittelfußknochen (z.B. Chevron), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	433,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7568	Korrekturosteotomie am zweiten, dritten oder vierten Mittelfußknochen (z.B. Weil), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	245,10 €
7569	Korrekturosteotomie am proximalen oder diaphysären fünften Mittelfußknochen (z.B. Schaftosteotomie, Basis-Osteotomie), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	422,18 €
7570	Korrekturosteotomie am distalen fünften Mittelfußknochen (z.B. Chevron), ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	406,88 €
7571	Korrekturosteotomie an Tibia, Femur oder Humerus, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	766,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7572	Korrekturosteotomie an sonstigen großen Knochen, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	514,00 €
7573	Kortikotomie bei Segmenttransport eines kleinen Knochens, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet	368,97 €
7574	Kortikotomie bei Segmenttransport eines großen Knochens, ggf. einschließlich - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet	460,79 €
7575	Zweidimensionale Beckenosteotomie (z.B. Saulter, Chiari, Pemberton, Dega, Lance, Wiberg), ggf. einschließlich - Reposition einer Hüftluxation - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet	1 260,43 €
7576	Dreidimensionale Beckenosteotomie (z.B. Berner Periacetabuläre Osteotomie bzw. nach Wagner, Triple-Osteotomie nach Tönnis, Kalchschmidt oder Steel), ggf. einschließlich - Reposition einer Hüftluxation - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen im operativen Zielgebiet - partielle Resektion von Knochengewebe im operativen Zielgebiet	1 612,28 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7577	Operative Behandlung einer Pseudarthrose an einem kleinen Knochen, ggf. einschließlich - Achsenkorrektur - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Knochenenden - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	483,39 €
7578	Operative Behandlung einer Pseudarthrose an einem großen Knochen, ggf. einschließlich - Achsenkorrektur - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Knochenenden - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	644,41 €
7579	Operative Behandlung einer Pseudarthrose an einem Handwurzel- oder Fußwurzelknochen, ggf. einschließlich - Achsenkorrektur - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Knochenenden - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	723,55 €
7580	Operative Behandlung einer Pseudarthrose der Klavikula, des Sternums oder der Patella, ggf. einschließlich - Achsenkorrektur - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Knochenenden - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial	637,72 €
7581	Epiphyseodese an einem kleinen Knochen, ggf. einschließlich Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen	248,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7582	Epiphyseodese an einem großen Knochen, ggf. einschließlich Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen	361,43 €
7583	Osteosynthese durch Schraube(n)	196,79 €
7584	Osteosynthese durch einen Draht oder mehrere Drähte, ggf. auch intramedullär einliegend, ggf. auch PIN aus resorbierbarem Material	180,79 €
7585	Osteosynthese durch Zuggurtung(en) oder Zerklage(n)	230,80 €
7586	Osteosynthese durch eine Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation	263,13 €
7587	Osteosynthese durch eine winkelstabile Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation	284,02 €
7588	Osteosynthese durch eine dynamische Kompressionsschraube (= DHS) am Hüftkopf	299,68 €
7589	Osteosynthese durch Fixateur externe, einschließlich bis zu vier Schanzschen Schrauben oder Steinmann-Nägel	205,72 €
7590	Osteosynthese durch Ringfixateur, einschließlich bis zu vier Schanzschen Schrauben oder Steinmann-Nägel	320,54 €
7591	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7589 oder 7590 für das Einbringen von mehr als vier Schanzschen Schrauben oder Steinmann-Nägeln	55,41 €
7592	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7589 oder 7590 für die Anwendung eines gelenkübergreifenden Fixateur externe oder eines Bewegungsfixateurs und/oder eines Distraktionsfixateurs	157,00 €
7593	Osteosynthese durch (Blount-) Klammern	237,04 €
7594	Osteosynthese durch intramedullären Nagel oder durch mehrere intramedulläre Nägel, ggf. einschließlich Verriegelungsschrauben und/oder -bolzen	393,41 €
7595	Einbringen von Material zur magnetisch induzierten Osteostimulation, z.B. Spule	160,60 €
7596	Entfernung von Schraube(n) aus einem kleinen Knochen	144,88 €
7597	Entfernung von Schraube(n) aus einem großen Knochen	146,19 €
7598	Entfernung eines Drahtes oder mehrerer Drähte, ggf. auch intramedullär einliegend aus einem kleinen Knochen	136,90 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7599	Entfernung eines Drahtes oder mehrerer Drähte, ggf. auch intramedullär einliegend aus einem großen Knochen	188,05 €
7600	Entfernung eines oder mehrerer Drähte ohne Präparation der Drahtenden	61,59 €
7601	Entfernung von Zuggurtung(en) oder Zerklage(n) aus einem kleinen Knochen	120,68 €
7602	Entfernung von Zuggurtung(en) oder Zerklage(n) aus einem großen Knochen	206,87 €
7603	Entfernung einer Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation aus einem kleinen Knochen	153,75 €
7604	Entfernung einer Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation aus einem großen Knochen	246,58 €
7605	Entfernung einer winkelstabilen Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation aus einem kleinen Knochen	198,41 €
7606	Entfernung einer winkelstabilen Platte, einschließlich der Schrauben zur Plattenfixation aus einem großen Knochen	274,32 €
7607	Entfernung einer dynamischen Kompressionsschraube (= DHS) am Hüftkopf	326,09 €
7608	Entfernung eines proximalen Femurnagels	413,70 €
7609	Entfernung eines Fixateur externe, einschließlich Schanzscher Schrauben oder Steinmann-Nägel aus einem kleinen Knochen	88,04 €
7610	Entfernung eines Fixateur externe, einschließlich Schanzscher Schrauben oder Steinmann-Nägel aus einem großen Knochen	90,79 €
7611	Entfernung von (Blount-) Klammern aus einem kleinen Knochen	210,87 €
7612	Entfernung von (Blount-) Klammern aus einem großen Knochen	260,97 €
7613	Entfernung eines intramedullären Nagels oder. mehrerer intramedullärer Nägel aus einem kleinen Knochen, ggf. einschließlich Verriegelungsschrauben und/oder -bolzen	195,54 €
7614	Entfernung eines intramedullären Nagels oder mehrerer intramedullärer Nägel aus einem großen Knochen, ggf. einschließlich Verriegelungsschrauben und/oder -bolzen	385,18 €
7615	Entfernung eines Ringfixateurs, einschließlich Schanzscher Schrauben oder Steinmann-Nägel aus einem kleinen Knochen	120,74 €
7616	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7609 oder 7615 für die Entfernung von mehr als vier Schanzschen Schrauben oder Steinmann-Nägeln	52,15 €
7617	Entfernung eines Ringfixateurs, einschließlich Schanzscher Schrauben oder Steinmann-Nägel aus einem großen Knochen	124,90 €
7618	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7596, 7597, 7598, 7599, 7601, 7602, 7603, 7604, 7605, 7606, 7607, 7608, 7609, 7610, 7611, 7612, 7613, 7614, 7615 oder 7617 für das Ausbohren gebrochenen oder konventionell nicht entfernbaren Osteosynthesematerials	331,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7619	Zuschlag zu der Leitung nach Nummer 7596, 7597, 7598, 7599, 7601, 7602, 7603, 7604, 7605, 7606, 7607, 7608, 7609, 7610, 7611, 7612, 7613, 7614, 7615 oder 7617 für die Entfernung ausgeprägter knöcherner Überbauten im Bereich des einliegenden Osteosynthesematerials, bei radiologischer Nachweisbarkeit	86,67 €
7620	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7610 oder 7617 für die Entfernung von mehr als vier Schanzschen Schrauben oder Steinmann-Nägeln	55,72 €
7621	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	282,02 €
7622	Operative Versteifung eines Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	406,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7623	Operative Versteifung eines Großzehengrundgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	354,29 €
7624	Operative Versteifung eines Handwurzelgelenks oder eines Carpometacarpalgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	498,70 €
7625	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7624 für die operative Versteifung je weiteres Handwurzelgelenk oder Carpometacarpalgelenk	196,75 €
7626	Operative Versteifung eines Fußwurzelgelenks oder eines Tarsometatarsalgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	498,70 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7627	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7626 für die operative Versteifung je weiteres Fußwurzelgelenk oder Tarsometatarsalgelenk	196,75 €
7628	Operative Versteifung eines Schultergelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	1 251,99 €
7629	Operative Versteifung eines Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	824,28 €
7630	Operative Teilversteifung eines Handgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	474,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7631	Operative Totalversteifung eines Handgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	824,28 €
7632	Operative Versteifung eines Hüftgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	1 132,21 €
7633	Operative Versteifung eines Kniegelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	1 012,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7634	Operative Versteifung eines oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - aller Maßnahmen an der Fibula - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	834,69 €
7635	Operative Versteifung eines unteren Sprunggelenks, ggf. einschließlich - aller Maßnahmen an der Fibula - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von alloplastischem Knochenersatzmaterial - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - korrigierender Osteotomie der zu versteifenden Gelenkflächen	609,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7636	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Schultergelenks (Acromioclaviculargelenk) oder eines Sternoclaviculargelenks oder eines proximalen Radioulnargelenks oder eines distalen Radioulnargelenks oder eines proximalen oder distalen Fibulotibialgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Discus	355,04 €
7637	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Schultergelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder mehrerer Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Labrum glenoidale	654,17 €
7638	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder mehrerer Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	545,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7639	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Handwurzel- oder Carpometacarpalgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	561,29 €
7640	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7639 für die Arthroplastik und/oder Arthrolyse je weiteres Handwurzelgelenk oder Carpometacarpalgelenk	109,31 €
7641	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Handgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Discus triangularis	628,82 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7642	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	377,56 €
7643	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	561,29 €
7644	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Hüftgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder mehrerer Gelenkpartner (einschließlich Kopf-Hals-Resektion) - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Labrum acetabulare	758,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7645	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Kniegelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder mehrerer Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien­gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken	787,64 €
7646	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien­gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	409,01 €
7647	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines unteren Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien­gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	528,13 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7648	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Fußwurzel- oder eines Tarsometatarsalgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	426,03 €
7649	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7648 für die Arthroplastik und/oder Arthrolyse je weiteres Fußwurzelgelenk oder Tarsometatarsalgelenk	263,76 €
7650	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	319,43 €
7651	Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Großzehengrundgelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien Gewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	370,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7652	Dekompression des subacromialen Raumes, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion von Knochen - Maßnahmen an Sehne(n) und/oder Faszienngewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Anfrischen von Rupturrändern und/oder Glätten der Rotatorenmanschette (exklusive Naht)	633,38 €
7653	Probeexzision aus einem kleinen Knochen, offen chirurgisch über einen eigenständigen Zugang, ggf. einschließlich - Einlegen und/oder Entfernen eines oder mehrerer Medikamententräger - Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper - Exploration von Knochengewebe	189,19 €
7654	Probeexzision aus einem großen Knochen, offen chirurgisch über einen eigenständigen Zugang, ggf. einschließlich - Einlegen und/oder Entfernen eines oder mehrerer Medikamententräger - Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper - Exploration von Knochengewebe	417,70 €
7655	Arthrotomie eines kleinen Gelenks, offen chirurgisch über einen eigenständigen Zugang, ggf. einschließlich - Exploration des Gelenks - Einlegen und/oder Entfernen eines oder mehrerer Medikamententräger - Probeexzision(en) - Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper oder eines oder mehrerer freier Gelenkkörper	259,66 €
7656	Arthrotomie eines großen Gelenks, offen chirurgisch über einen eigenständigen Zugang, ggf. einschließlich - Exploration des Gelenks - Einlegen und/oder Entfernen eines oder mehrerer Medikamententräger - Probeexzision(en) - Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper oder eines oder mehrerer freier Gelenkkörper	484,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7657	Refixation eines osteochondralen Fragmentes in einem kleinen Gelenk, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Ausräumung eines Hämatoms	241,66 €
7658	Refixation eines osteochondralen Fragmentes in einem großen Gelenk, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Ausräumung eines Hämatoms	344,22 €
7659	Zuschlag zu Leistungen der Fraktur- oder Gelenkversorgung des Abschnitts L II für die Osteotomie eines nicht betroffenen Knochens (z.B. Malleolus, Olecranon oder Trochanter major)	179,87 €
7660	Entfernung von bis zu drei unter der Faszie liegenden Fremdkörpern, offen chirurgisch, ggf. einschließlich Einlegen eines oder mehrerer Medikamententräger	187,03 €
7661	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7660 für die Entfernung von mehr als drei Fremdkörpern	96,44 €
7662	Resektion von Knochengewebe eines kleinen Knochens, auch Sequesterotomie, ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen, um an den Knochen zu gelangen oder um die Funktion nach der Knochenresektion durch einfache Refixation (exklusive sonstiger rekonstruktiver Sehnenchirurgie) wiederherzustellen - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Probeexzision(en)	267,70 €
7663	Resektion von Knochengewebe eines großen Knochens, auch Sequesterotomie, ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen, um an den Knochen zu gelangen oder um die Funktion nach der Knochenresektion durch einfache Refixation (exklusive sonstiger rekonstruktiver Sehnenchirurgie) wiederherzustellen - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Probeexzision(en)	556,87 €
7664	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7662 oder 7663 für das Auffüllen eines Knochendefektes mit autologem, autogenem oder alloplastischem Material	164,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7665	Totale Resektion eines kleinen Knochens, ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen, um an den Knochen zu gelangen oder um die Funktion nach der Knochenentfernung durch einfache Refixation (exklusive sonstiger rekonstruktiver Sehnenchirurgie) wiederherzustellen - Probeexzision(en) - Maßnahmen an einem oder mehreren benachbarten Gelenkpartner(n)	355,85 €
7666	Totale Resektion eines großen Knochens, ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und/oder Bandstrukturen, um an den Knochen zu gelangen oder um die Funktion nach der Knochenentfernung durch einfache Refixation (exklusive sonstiger rekonstruktiver Sehnenchirurgie) wiederherzustellen - Probeexzision(en) - Maßnahmen an einem oder mehreren benachbarten Gelenkpartner(n)	929,69 €
7667	Entnahme von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span, ortsständig gewonnen <i>Die Leistung nach Nummer 7667 ist nur berechnungsfähig, wenn das Knochenmaterial in einem gesonderten Schritt gezielt und in der Nähe des eigentlichen Operationsgebietes gewonnen wird.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7667 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.</i>	182,48 €
7668	Entnahme von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span fernab des primären Operationsgebietes, ggf. einschließlich Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger	345,45 €
7669	Einbringen von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span <i>Die Leistung nach Nummer 7669 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder als fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.</i>	201,38 €
7670	Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial <i>Die Leistung nach Nummer 7670 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder als fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.</i>	201,38 €
7671	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7670 für die Zubereitung und/oder Anpassung von Material aus der Knochenbank	173,83 €
7672	Mikrochirurgische Transposition eines gefäßgestielten Knochenspans, ggf. einschließlich aller Maßnahmen zum Heben, Anpassen und Einbringen	769,78 €
7673	Mikrochirurgische Transplantation eines gefäßgestielten Knochenspans einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele, ggf. einschließlich aller Maßnahmen zum Heben, Anpassen und Einbringen	1 380,28 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7674	Entnahme eines kleinen, nicht gefäßgestielten Knochens	219,01 €
7675	Einbringen eines kleinen, nicht gefäßgestielten Knochens, als selbständige Leistung	221,48 €
7676	Entnahme eines großen, nicht gefäßgestielten Knochens	389,39 €
7677	Einbringen eines großen, nicht gefäßgestielten Knochens, als selbständige Leistung	422,92 €
7678	Transplantation eines gefäßgestielten, kleinen Knochens einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele	1 272,59 €
7679	Transplantation eines gefäßgestielten, großen Knochens einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele	1 298,83 €
7680	Lagerpräparation bei sekundärer Rekonstruktion, einschließlich Anschlussgefäßpräparation, ggf. einschließlich Metallentfernung	233,24 €
7681	Entnahme eines zu transplantierenden Knorpel-Knochen-Zylinders <i>Neben der Leistung nach Nummer 7681 ist das Herrichten des Transplantatbettes innerhalb der Defektzone nicht gesondert berechnet werden.</i>	296,11 €
7682	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7681 für jeden weiteren entnommenen, zu transplantierenden Knorpel-Knochen-Zylinder	80,16 €
7683	Einbringen eines Knorpel-Knochen-Zylinders, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 oder 7782 erfüllt ist) - Knorpelabrasion	459,59 €
7684	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7683 für jeden weiteren eingebrachten Knorpel-Knochen-Zylinder	94,73 €
7685	Autologe Chondrozyten-Transplantation, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 oder 7782 erfüllt ist) - Verschluss der Defektzone mittels Periostlappen oder künstlicher Membran - Knorpelabrasion	729,54 €
7686	Einbringen von metallischem/keramischem Knorpelersatzmaterial, wie z.B. Inlay-Implantatsystem	447,74 €
7687	Perkutane Knocheneröffnung/-anbohrung an einem kleinen Knochen, als selbständige Leistung, z.B. bei Knochenödem und beginnender Osteonekrose <i>Die Leistung nach Nummer 7687 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.</i>	266,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7688	Perkutane Knocheneröffnung/-anbohrung an einem großen Knochen, als selbständige Leistung, z.B. bei Knochenödem und beginnender Osteonekrose <i>Die Leistung nach Nummer 7688 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.</i>	360,31 €
7689	Offen chirurgische Knorpelinduktion, an einem kleinen Knochen, als selbständige Leistung, wie z.B. Pridie-Bohrung, Beck'sche Bohrung, Chondro-Picks <i>Die Leistung nach Nummer 7689 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.</i>	495,30 €
7690	Offen chirurgische Knorpelinduktion, an einem großen Knochen, als selbständige Leistung, wie z.B. Pridie-Bohrung, Beck'sche Bohrung, Chondro-Picks <i>Die Leistung nach Nummer 7690 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.</i>	553,48 €
7691	Amputation in Höhe eines kleinen Knochens, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	284,64 €
7692	Amputation in Höhe des Oberarms, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	723,37 €
7693	Amputation in Höhe des Unterarms, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenflächen - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven <i>Die Leistung nach Nummer 7693 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn zwei Knochen durchtrennt werden.</i>	658,21 €
7694	Amputation in Höhe des Oberschenkels, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	660,54 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7695	Amputation in Höhe des Unterschenkels, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenflächen - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven <i>Die Leistung nach Nummer 7695 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn zwei Knochen durchtrennt werden.</i>	712,76 €
7696	Amputation in Höhe eines sonstigen großen Knochens, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	569,26 €
7697	Exartikulation in einem kleinen Gelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	284,64 €
7698	Exartikulation in einem Schultergelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	1 184,13 €
7699	Exartikulation in einem Ellenbogengelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	728,31 €
7700	Exartikulation in einem Hüftgelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	1 065,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7701	Exartikulation in einem Kniegelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	796,69 €
7702	Exartikulation in einem oberen Sprunggelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	625,91 €
7703	Exartikulation in einem sonstigen großen Gelenk, einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	635,22 €
7704	Amputation und/oder Exartikulation im Bereich von Mittel- und/oder Rückfuß, wie z.B. in der Chopart-, Lisfranc- oder Bona-Jäger-Linie, ggf. einschließlich Maßnahmen an einem oder mehreren verbleibenden Gelenkpartner(n) <i>Zum Mittelfuß gehören die Basen der Mittelfußknochen 1 bis 5, Kahnbein, Würfelbein und inneres/mittleres/äußeres Keilbein.</i> <i>Zum Rückfuß gehören Sprungbein und Fersenbein.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 7704 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehrere Knochen oder Gelenke betroffen sind.</i>	651,51 €
7705	Umkehrplastik (z.B. Borggreve), einschließlich aller notwendigen Teilschritte dieser Operation und aller Osteotomien und Osteosynthesen	2 381,52 €
7706	Spaltung oder Durchtrennung einer oder mehrerer Sehnenscheiden im Bereich der Daumenstrecker am Handgelenk (Morbus de Quervain), ggf. einschließlich - Teilresektion(en) - Probeexzision(en) - Lösen von Verwachsungen - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7706 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.</i>	271,81 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7707	Spaltung oder Durchtrennung eines oder mehrerer Ringbänder an einem Finger oder einer Zehe über einen eigenständigen Zugang, ggf. einschließlich - Teilresektion(en) - Probeexzision(en) - Lösen von Verwachsungen - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7707 ist neben der Leistung nach Nummer 7713, 7772, 7773 oder 7774 nicht berechnungsfähig.</i>	263,93 €
7708	Spaltung oder Durchtrennung eines Retinakulums der Patella	343,09 €
7709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7708 für die Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen, ggf. einschließlich Denervation(en)	151,35 €
7710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7708 für die Teilexstirpation der Patella, ggf. einschließlich Denervation(en)	174,63 €
7711	Vollständige Entfernung einer Sehne oder einer Faszie oder eines Muskels oder einer Sehnenscheide, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie <i>Die Leistung nach Nummer 7711 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Sehnenscheide an derselben Lokalisation entfernt werden.</i>	387,93 €
7712	Offen chirurgischer Eingriff an einer Sehne und/oder einem Muskel und/oder einer Faszie und/oder einer Sehnenscheide über einen gemeinsamen Zugang proximal des Handgelenks oder des oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Teilresektion(en) - Probeexzision(en) - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7712 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.</i>	380,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7713	Offen chirurgischer Eingriff an einer Sehne und/oder einem Muskel und/oder einer Faszie und/oder einer Sehnenscheide über einen gemeinsamen Zugang in Höhe von und/oder distal des Handgelenks oder in Höhe von und/oder distal des oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Teilresektion(en) - Probeexzision(en) - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7713 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.</i>	426,99 €
7714	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) einer Sehne oder einer Faszie oder eines Muskels oder einer Sehnenscheide, ggf. einschließlich - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Doppelung einer Faszie <i>Die Leistung nach Nummer 7714 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Sehnenscheide an derselben Lokalisation genäht und/oder refixiert werden.</i>	450,97 €
7715	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7713 oder 7714 für die Augmentation einer Sehne	181,14 €
7716	Transposition einer Sehne oder einer Faszie oder eines Muskels, ggf. einschließlich - Entnahme einer Sehne oder Faszie - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Armierung der Sehne	498,70 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7717	Transplantation einer Sehne oder einer Faszie oder eines Muskels, ggf. einschließlich - Entnahme einer Sehne oder Faszie - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Armierung der Sehne	498,70 €
7718	Verlängerung oder Verkürzung einer Strecksehne eines Finger- oder Handgelenks, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7718 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Sehne an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt wird.</i>	294,25 €
7719	Verlängerung oder Verkürzung einer Beugesehne eines Finger- oder Handgelenks, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7719 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Sehne an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt wird.</i>	385,62 €
7720	Verlängerung oder Verkürzung einer Iliopsoassehne oder einer Faszie oder eines Muskels in diesem Bereich, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7720 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt.</i>	873,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7721	Verlängerung oder Verkürzung einer Quadrizeps- oder Patellarsehne oder einer Faszie oder eines Muskels in diesem Bereich, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7721 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.</i>	706,43 €
7722	Verlängerung oder Verkürzung einer Achillessehne oder einer Faszie oder eines Muskels in diesem Bereich, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne <i>Die Leistung nach Nummer 7722 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.</i>	628,82 €
7723	Verlängerung oder Verkürzung einer sonstigen Sehne oder einer sonstigen Faszie oder eines sonstigen Muskels, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes <i>Die Leistung nach Nummer 7723 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.</i>	365,65 €
7724	Lösen von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes <i>Die Leistung nach Nummer 7724 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.</i>	305,66 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7725	Herstellung eines Sehnengleitlagers, ggf. einschließlich - Entnahme einer Sehne oder Faszie - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Verwendung von autogenem oder allogenem Material	285,67 €
7726	Eröffnung einer Sehnenscheide und Anlegen einer Spülvorrichtung, ggf. einschließlich - Ausräumung von verändertem Gewebe - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne	245,68 €
7727	Spülung einer Sehnenscheide ohne weitere operative Maßnahmen	112,46 €
7728	Knöcherner Sehnenansatzversetzung, ggf. einschließlich - Knochenbohrung - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	393,41 €
7729	Komplette Versetzung der Tuberositas tibiae (z.B. nach Roux-Hauser oder Blauth), ggf. einschließlich - Schaffung eines Knochenbettes - Knochenbohrung - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	583,43 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7730	Eingriff im Bereich der Patellarsehne und der Tuberositas tibiae bei Patellainstabilität (z.B. nach Goldthwaith), ggf. einschließlich - Schaffung eines Knochenbettes - Knochenbohrung - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	409,01 €
7731	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat eines kleinen Gelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Ausräumung eines Hämatoms <i>Die Leistung nach Nummer 7731 ist nicht berechnungsfähig für die Naht am Schultergelenk. Der Kapselbandapparat umfasst auch die Ringbänder und kann unabhängig von der Anzahl der behandelten Ringbänder pro Gelenk nur einmal berechnet werden.</i>	232,20 €
7732	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat eines großen Gelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Ausräumung eines Hämatoms <i>Die Leistung nach Nummer 7732 ist für die Naht am Kniegelenk, am Schultergelenk oder am Sprunggelenk nicht berechnungsfähig.</i>	399,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7733	Plastischer Ersatz eines Bandes an einem kleinen Gelenk mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	489,95 €
7734	Plastischer Ersatz eines Bandes an einem kleinen Gelenk mit allogenem oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	454,97 €
7735	Plastischer Ersatz eines Bandes an einem großen Gelenk mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	564,28 €
7736	Plastischer Ersatz eines Bandes an einem großen Gelenk mit allogenem oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	538,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7737	Naht oder Refixation eines vorderen Kreuzbandes, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen einschließlich Notchplastik - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken - Ausräumung eines Hämatoms	647,24 €
7738	Naht oder Refixation eines hinteren Kreuzbandes, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen einschließlich Notchplastik - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken - Ausräumung eines Hämatoms	766,36 €
7739	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am medialen oder lateralen oder dorsalen Kapselbandapparat des Kniegelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen einschließlich Notchplastik - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken - Ausräumung eines Hämatoms	664,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7740	Plastischer Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen einschließlich Notchplastik - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken	864,30 €
7741	Plastischer Ersatz des hinteren Kreuzbandes mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken	859,84 €
7742	Plastischer Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit allogenem oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken	667,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7743	Plastischer Ersatz des hinteren Kreuzbandes mit allogenem oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) - teilweise oder totale Entfernung eines Meniskus oder beider Menisken	799,68 €
7744	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7737, 7738, 7739, 7740, 7741, 7742 oder 7743 für die Refixation eines Meniskus	166,23 €
7745	Entfernung eines Außen- und/oder Innenmeniskus, teilweise oder total, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	340,94 €
7746	Refixation eines Meniskus, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	460,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7747	Einbringen eines allogenen oder alloplastischen Meniskus, ggf. einschließlich - Entfernung des autogenen Meniskus - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	781,61 €
7748	Plastischer Ersatz eines Bandes am Kniegelenk mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenen Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) <i>Der plastische Ersatz des vorderen oder hinteren Kreuzbandes ist nach Nummer 7748 nicht berechnungsfähig.</i>	685,53 €
7749	Plastischer Ersatz eines Bandes am Kniegelenk mit allogenen oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenen Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) <i>Der plastische Ersatz des vorderen oder hinteren Kreuzbandes ist nach Nummer 7749 nicht berechnungsfähig.</i>	692,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7750	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation einer Quadrizeps- oder Patellarsehne, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Rahmennaht - Ausräumung eines Hämatoms	796,34 €
7751	Refixation des Labrum glenoidale im Schultergelenk, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	712,26 €
7752	Vordere Pfannenrandplastik eines Schultergelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszien- und Bindegewebe	660,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7753	Hintere Pfannenrandplastik eines Schultergelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen an Kapsel und/oder Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszienngewebe	736,58 €
7754	Vordere Kapselbandplastik an einem Schultergelenk, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszienngewebe	721,70 €
7755	Hintere Kapselbandplastik an einem Schultergelenk, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Abrasion - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Faszienngewebe	754,10 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7756	Rekonstruktion einer Sehne an der Rotatorenmanschette, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Anfrischen von Knochen, wie z.B. des Tuberculum majus - Entfernen von Bandstrukturen - Naht und/oder knöcherne Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Lösen von Verwachsungen und Verklebungen - Anfrischen der Rupturränder - Ausräumung eines Hämatoms	692,99 €
7757	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7756 für die Rekonstruktion einer weiteren Sehne	127,62 €
7758	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7756 für die Rekonstruktion mittels Muskel- und Sehnenverlagerung, ggf. einschließlich - Kanalbildung - Hebung und Einbringen des Lappens - Verschluss der Entnahmestelle <i>Der Zuschlag nach Nummer 7758 ist neben der Leistung nach Nummer 6100 nicht berechnungsfähig.</i>	349,27 €
7759	Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat des Schultergelenks (Acromioclaviculargelenks) oder des Sternoklavikulargelenks oder des Handgelenks oder des Ellbogengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en) - Maßnahmen am Discus - Ausräumung eines Hämatoms	568,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7760	Kapselbandplastik an einem Schulterergelenk (Acromioclaviculargelenk) oder des Sternoklavikulargelenks oder des Handgelenks oder des Ellbogengelenks, ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7781 erfüllt ist) - Knochenbohrung - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en) - Maßnahmen am Discus - Ausräumung eines Hämatoms	657,22 €
7761	Naht und/oder Refixation einer Strecksehne eines Finger- oder Handgelenks proximal des Handgelenks, ggf. einschließlich - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - Herstellen eines Sehnenlagers - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Doppelung einer Faszie	255,09 €
7762	Naht und/oder Refixation einer Strecksehne eines Finger- oder Handgelenks in Höhe des oder distal des Handgelenks, ggf. einschließlich - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - Herstellen eines Sehnenlagers - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Doppelung einer Faszie	266,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7763	Naht und/oder Refixation einer Beugesehne eines Finger- oder Handgelenks in Höhe von oder distal des Handgelenks, ggf. einschließlich - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - Herstellen eines Sehnenlagers - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Doppelung einer Faszie	365,34 €
7764	Naht und/oder Refixation einer Beugesehne eines Finger- oder Handgelenks proximal des Handgelenks, ggf. einschließlich - Anfrischen von Knochen - Ausräumung von verändertem Gewebe - Herstellen eines Sehnenlagers - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie - teilweise oder komplette Entfernung einer Sehnenscheide - Glätten einer Sehne - Spaltung eines Ringbandes - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Doppelung einer Faszie	299,76 €
7765	Naht und/oder Refixation der Membrana interossea am Unterschenkel oder der Membrana interossea am Unterarm oder einer Syndesmose am Sprunggelenk, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Ausräumung eines Hämatoms	490,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7766	Naht und/oder Refixation eines oder mehrerer Bänder am Sprunggelenk medial oder lateral, ggf. einschließlich - Kapselnaht - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7782 erfüllt ist) - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - Anfrischen von Rupturrändern - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en) - Ausräumung eines Hämatoms	472,56 €
7767	Plastischer Ersatz der Membrana interossea am Unterschenkel oder der Membrana interossea am Unterarm oder einer Syndesmose am Sprunggelenk mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	559,13 €
7768	Plastischer Ersatz der Membrana interossea am Unterschenkel oder der Membrana interossea am Unterarm oder einer Syndesmose am Sprunggelenk mit allogenem oder alloplastischen Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en)	452,27 €
7769	Plastischer Ersatz eines oder mehrerer Bänder am Sprunggelenk medial oder lateral mit autogenem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en) - Entnahme und Armierung einer oder mehrerer Sehne(n)	642,60 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7770	Plastischer Ersatz eines oder mehrerer Bänder am Sprunggelenk medial oder lateral mit allogenem oder alloplastischem Material, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Denervation(en)	578,77 €
7771	Fesselung der Peronealsehnen, ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder Anfrischen von Knochen - knöcherner Verankerung mit autogenem oder allogenem Material - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Knochenkanalbildung - Glätten einer oder mehrerer Sehne(n) - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie	564,97 €
7772	Teilweise oder totale offene Fasziektomie an der Hohlhand bei Morbus Dupuytren, ggf. einschließlich - Neurolyse(n) - Arteriolyse(n) - einer oder mehrerer lokaler Hautverschiebeplastik(en) - Lösen von Verwachsungen <i>Die Leistung nach Nummer 7772 ist neben der Leistung nach Nummer 7707, 7713 oder 7724 nicht berechnungsfähig.</i>	319,42 €
7773	Fasziektomie an einem Finger bei Morbus Dupuytren als selbständige Leistung, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Neurolyse(n) - Arthrolyse(n) - Arteriolyse(n) - einer oder mehrerer lokaler Hautverschiebeplastik(en) - Lösen von Verwachsungen <i>Die Leistung nach Nummer 7773 ist neben der Leistung nach Nummer 7707, 7713 oder 7724 nicht berechnungsfähig.</i>	472,31 €
7774	Perkutane Nadelfasziotomie bei Morbus Dupuytren oder Ledderhose, ggf. einschließlich gewaltsamer Mobilisierung eines oder mehrerer Faszienstränge	181,13 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7775	Teilweise oder offen chirurgische Fasziektomie bei Morbus Ledderhose, ggf. einschließlich - Neurolyse(n) - Arteriolyse(n) - einer oder mehrerer lokaler Hautverschiebeplastik(en) - Lösen von Verwachsungen <i>Die Leistung nach Nummer 7775 ist neben der Leistung nach Nummer 7707, 7713 oder 7724 nicht berechnungsfähig.</i>	253,34 €
7776	Dekompression(en) bei einem Karpaltunnelsyndrom, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Durchtrennung eines Bandes - Teilresektion eines Bandes - Tendosynovialektomie - Dekompression eines oder mehrerer Nerven - Epineurotomie und/oder Epineurektomie - Entfernung eines Lipoms - Teilresektion eines Muskels - Verwendung einer Lupenbrille	321,47 €
7777	Denervation eines kleinen Gelenks, offen chirurgisch	236,45 €
7778	Denervation eines großen Gelenks, offen chirurgisch	475,14 €
7779	Perkutane Denervation eines kleinen Gelenks, ggf. einschließlich Neuromonitoring	77,18 €
7780	Perkutane Denervation eines großen Gelenks, ggf. einschließlich Neuromonitoring	119,10 €
7781	Totale Synovialektomie in einem kleinen Gelenk bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich mehrerer Zugänge	376,27 €
7782	Totale Synovialektomie in einem großen Gelenk bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich mehrerer Zugänge	788,32 €
7783	Entfernung eines oder mehrerer Schleimbeutel über denselben Zugang, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 7783 ist neben der Leistung nach Nummer 7784 nicht berechnungsfähig.</i>	281,07 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7784	Entfernung eines oder mehrerer Schleimbeutel über denselben Zugang im Bereich des Kniegelenks, des Ellbogengelenks, der Schulter oder über dem Trochanter major oder Entfernung der Bursa ileopectinea, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 7784 ist neben der Leistung nach Nummer 7783 nicht berechnungsfähig.</i>	524,09 €
7785	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7784 beim Vorliegen einer lokalen Infektsituation	135,46 €
7786	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Schultergelenks	509,08 €
7787	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Ellenbogengelenks	335,32 €
7788	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Hand- oder Fußgelenks oder eines Gelenks distal davon	283,60 €
7789	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Hüftgelenks	531,10 €
7790	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Kniegelenks	486,77 €
7791	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines oberen und unteren Sprunggelenks	405,51 €
7792	Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste in sonstigen Bereichen	149,06 €
7793	Entfernung einer Bakerzyste	672,99 €
7794	Einbringen einer Entlastungsfeder	157,90 €
7795	Entfernung einer Entlastungsfeder	102,37 €
7796	Pfannendachplastik durch Spananlagerung am Pfannenerker	897,43 €
7797	Operative Entlastung eines Kompartments an einem Extremitätenabschnitt, ggf. einschließlich - Inzision - Teilresektion - vollständige Resektion einer Faszie <i>Die Leistung nach Nummer 7797 ist neben der Leistung nach Nummer 7711 oder 7713 nicht berechnungsfähig.</i>	496,62 €
7798	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7797 für jedes weitere Kompartiment an demselben Extremitätenabschnitt, ggf. einschließlich - Inzision - Teilresektion - vollständige Resektion einer Faszie <i>Der Zuschlag nach Nummer 7798 ist neben der Leistung nach Nummer 7711 oder 7713 nicht berechnungsfähig.</i>	90,90 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7799	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 374,65 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7799 ist neben der Leistung nach Nummer 7800 oder 7801 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	27,36 €
7800	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 374,65 EUR bis zu 636,23 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7800 ist neben der Leistung nach Nummer 7799 oder 7801 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	61,53 €
7801	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 636,23 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7801 ist neben der Leistung nach Nummer 7799 oder 7800 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	116,16 €

III. Arthroskopien**11.03****Allgemeine Bestimmungen**

1. Die Arthroskopie ist ein Unterbegriff der Endoskopie zur Untersuchung von Gelenken. In diesem Abschnitt sind auch periartikuläre und (Weichteil)-Endoskopie erfasst.
2. Unter einer Arthrolyse versteht man die operative Mobilisierung eines Gelenks mit der Zielsetzung der Verbesserung der Beweglichkeit des Gelenks. Die prä- und postoperative Messung des Bewegungsumfangs des Gelenks in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff ist zu dokumentieren.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7900	Diagnostische Arthroskopie eines Schultergelenks (Glenohumeralgelenk) einschließlich aller intraartikulären Räume (Kompartimente) oder diagnostische Arthroskopie des Subakromialraumes oder diagnostische Arthroskopie des AC-Gelenks oder diagnostische Arthroskopie des thorakoskapulären Raumes des Schultergelenks, ggf. einschließlich arthroskopische Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	105,87 €
7901	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - Durchtrennung der langen Bizepssehne (Tenotomie) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7903 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7903 erfüllt sind), Bänder, Sehnen, Labrum, Nerven	583,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7902	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder an einem Raum: - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material oder - Neurolyse des N. suprascapularis oder - Arthrolyse oder - superiorer Kapselersatz mittels Patchplastik oder - arthroskopische Frakturversorgung oder - Knorpel-Knochen-Transplantation oder - Implantation von autologem oder allogenen oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - Tenodese der Bizepssehne oder - Refixation des Bizepssehnenankers (SLAP-repair) <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	653,39 €
7903	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - Entfernung von Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Schultergelenk oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil- und/oder Bindegewebe oder - Naht der Bizepssehne <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	409,97 €
7904	IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder an einem Raum: - Operation einer oder mehrerer Zyste(n) oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen- und/oder Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) oder - Einbringen eines subakromialen Platzhalters <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	409,97 €
7905	Arthroskopische Maßnahmen im/am Schultergelenk (AC-Gelenk), ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - Teilresektion der lateralen Klavikula - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von freien Gelenkkörpern, (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7903 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7903 erfüllt sind), Nerven - (Teil-)Entfernung des Diskus articularis	287,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7906	Arthroskopische Maßnahmen im subakromialen oder thorakoskapulären Raum, ggf. einschließlich - Durchtrennung des Lig. korakoakromiale - Teilresektion des Akromions (Akromioplastik) - (Teil-)Entfernung eines oder mehrerer Schleimbeutel(s) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Nerven, Sehnen, Bänder - (Teil-)Entfernung des Processus coracoideus	603,23 €
7907	Arthroskopische Rekonstruktion einer Sehne der Rotatorenmanschette oder der Sehne des M. teres major oder der Sehne des M. latissimus dorsi, einschließlich Naht und/oder Refixation einer Sehne (z.B. mit Anker-System oder Schrauben), ggf. einschließlich - Glätten und/oder Anfrischen (Debridement) einer Sehne/eines Muskels - Mobilisation einer Sehne/eines Muskels - Anfrischung des Knochens	899,01 €
7908	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7907 für jede weitere Sehne oder einen weiteren Muskel der Rotatorenmanschette (Supraspinatus-, Infraspinatus-, Teres minor-, Subskapularissehne) oder des M. latissimus dorsi oder des M. pectoralis oder des M. teres major, je Sehne	86,51 €
7909	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7907 für die Augmentation mittels Patchplastik	86,51 €
7910	Arthroskopische Ausräumung von Kalkdepots in der Rotatorenmanschette, ggf. einschließlich - Glätten und/oder Anfrischen (Debridement) der Sehnen/Muskeln - Naht der Sehnen zum Verschluss des ausgeräumten Kalkdepots	287,88 €
7911	Arthroskopische weichteilige ventrale oder dorsale Schulterstabilisation, ggf. einschließlich - Refixation des Labrums (z.B. mit Ankern und/oder Schrauben) - Naht und/oder Raffung der Kapsel	713,34 €
7912	Arthroskopische knöcherne ventrale oder dorsale Schulterstabilisation, ggf. einschließlich - Glenoidaufbau mittels Transfer des Processus coracoideus einschließlich Ablösung und Refixation des Processus coracoideus - Glenoidaufbau mittels autogener oder allogener Knochentransplantation - Humerusaufbau mittels autogener oder allogener Knochentransplantation <i>Die Entnahme eines Beckenkammtransplantates ist gesondert berechnungsfähig.</i>	910,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7913	Arthroskopische Stabilisation des ACG-Gelenks, ggf. einschließlich - temporäre Fixation des AC-Gelenks - Einbringen und Befestigen von autologem, allogenem oder synthetischem Material	910,25 €
7914	Diagnostische Arthroskopie eines Ellbogengelenks oder diagnostische Arthroskopie eines periartikulären Raums des Ellbogengelenks, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	173,50 €
7915	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7914 für die Durchführung in mehr als einem Kompartiment über gesonderte Zugänge (als Kompartimente gelten ventrales Kompartiment oder dorsales Kompartiment)	28,89 €
7916	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem Ellbogengelenk oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten/, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7918 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7917 erfüllt sind), Bänder, Sehnen, Nerven	552,86 €
7917	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Ellbogengelenk oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - Operation einer oder mehrerer Zyste(n) oder - Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material oder - Neurolyse des N. ulnaris oder - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen- und/oder Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) oder - Knorpel-Knochen-Transplantation oder - Implantation von autologem oder allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - arthroskopische Frakturversorgung oder - Arthrolyse oder - Entfernung periartikulärer Ossifikationen am Ellenbogen <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	541,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7918	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Ellbogengelenk oder an einem Raum: - Entfernung von freien Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Ellbogengelenk oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil- und/oder Bindegewebe oder - Radiusköpfchenresektion oder - Tenolyse einer periartikulären Sehne oder - Tenotomie einer periartikulären Sehne oder - Tenosynovektomie einer periartikulären Sehne <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	650,52 €
7919	Diagnostische Arthroskopie eines Handgelenks (Radiocarpalgelenks) oder diagnostische Arthroskopie eines Mediocarpalgelenks oder diagnostische Arthroskopie eines distalen Radioulnargelenks oder diagnostische Arthroskopie eines Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	140,58 €
7920	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7919 für diagnostische Arthroskopie eines Radiocarpalgelenks über gesonderte Zugänge	36,11 €
7921	Diagnostische Arthroskopie eines Fingergelenks, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen), je Gelenk	190,72 €
7922	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem Radiocarpalgelenk oder an einem Mediocarpalgelenk oder an einem distalen Radioulnargelenk oder an einem Daumensattelgelenk oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7924 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7924 erfüllt sind), Bändern, Sehnen, Nerven einschließlich elektrothermisches Kapselshrinking	287,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7923	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Fingergelenk, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)), - (Teil-) Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (ausgenommen histologisch gesicherte Gelenkchondromatose) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7925 erfüllt sind), z.B. Gelenkschleimhaut, Bändern, Sehnen, Nerven einschließlich elektrothermisches Kapselshrinking)	120,47 €
7924	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Radiocarpalgelenk oder an einem Mediocarpalgelenk oder an einem distalen Radioulnargelenk oder an einem Daumensattelgelenk oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - Entfernung von freien Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - Diskus(teil)-entfernung(en) am TFCC-Komplex oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Handgelenk oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen - und Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) - Operation einer oder mehrerer Zyste(n) oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil und/oder Bindegewebe <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	287,88 €
7925	IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Fingergelenk: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - arthroskopische Frakturversorgung an einem Fingergelenk <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	175,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7926	V. Arthroskopische Maßnahmen an einem Radiocarpalgelenk oder an einem Mediocarpalgelenk oder an einem distalen Radioulnargelenk oder an einem Daumensattelgelenk oder an einem Raum: - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - Diskus(re)fixation oder Naht z.B. durch Naht, Schraube(n) oder Ankersystem(e) oder - Naht oder Nähte der Gelenkkapsel und/oder Bänder oder - (Teil-Resektion) eines Knochens (z.B. Caput ulnae) oder - Stabilisation von Handwurzelknochen bei akuter oder chronischer Instabilität oder - arthroskopische Frakturversorgung oder - Arthrolyse oder - Implantation von autologem oder allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material oder - Arthrodese oder - Resektion einer Pseudarthrose ggf. einschließlich Einbringen von Spongiosa <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	541,76 €
7927	Endoskopische Karpaldachspaltung	287,88 €
7928	Diagnostische Arthroskopie eines Hüftgelenks oder diagnostische Arthroskopie des peritrochantären Raumes am Trochanter major oder diagnostische Arthroskopie des peritrochantären Raumes am Trochanter minor oder diagnostische Arthroskopie des glutealen Raumes, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	195,41 €
7929	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7928 für die Durchführung in mehr als einem Kompartiment des Hüftgelenks über gesonderte Zugänge (als Kompartimente gelten zentrales und peripheres Kompartiment)	38,52 €
7930	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen einschließlich Hüftpfannenrand (Labrum acetabulare) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7933 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7932 erfüllt sind), Bandstümpfen, Nerven, Bändern, Sehnen, Bursagewebe	570,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7931	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder an einem Raum: - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - Knorpel-Knochen-Transplantation oder - arthroskopische Frakturversorgung oder - Refixation und/oder Naht des Labrum acetabulare oder - Refixation der Glutealmuskulatur und/oder Hamstringsehnen oder - Labrumrekonstruktion mit autologem oder heterologem Transplantat oder - Kapselrekonstruktion mit autologem oder heterologem Transplantat oder - Rekonstruktion des Lig. capitis femoris mit autologem oder heterologem Transplantat <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	713,34 €
7932	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen- und/oder Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) oder - Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material oder - Implantation von autologem oder allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - Resektion des Labrum acetabulare oder - Azetabuloplastik (Pinzer-Resektion) oder - Kapselplikatur oder - (Teil-)Resektion der Spina iliaca anterior inferior oder - (Teil-)Resektion des Trochanter minor oder - Entfernung von freien Gelenkkörpern aus einer extraartikulären Bursa oder - Neurolyse oder - Wiederherstellung des Hüftkopf-Schenkelhals-Offsets (Cam-Resektion) oder - Resektion von intraartikulären und/oder kapsulären und/oder periartikulären Ossifikationen und/oder Kalzifikationen oder - Naht der Gelenkkapsel oder - Arthrolyse <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	541,76 €
7933	IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder an einem Raum: - Entfernung von freien Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Hüftgelenk oder - Eröffnung oder Entfernung einer oder mehrerer Zyste(n) oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil- und/oder Bindegewebe oder - Bursektomie einer extraartikulären Bursa oder - Release des Tractus iliotibialis oder - Tenotomie einer extraartikulären Sehne/Muskels oder - Resektion Lig. capitis femoris <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	677,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7934	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7930, 7931, 7932 oder 7933 für endoskopische Maßnahmen an der Psoassehne(nscheide) oder im subspinalen Bereich	49,88 €
7935	Diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks oder diagnostische Arthroskopie in einem periartikulären Raum des Kniegelenks, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	112,54 €
7936	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7935 für die Durchführung im dorsalen Kompartiment über einen oder mehrere dorsale Zugänge	38,52 €
7937	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7939 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7939 erfüllt sind), Bändern, Sehnen, Hoffa'scher Fettkörper, Nerven	455,91 €
7938	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder an einem Raum: - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - Arthrolyse oder - kompletter Ersatz eines Meniskus durch allogenem Spendermeniskus oder - Teilersatz eines Meniskus durch Fremdmaterial oder - Knorpel-Knochen-Transplantation oder - Implantation von autologem oder allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - arthroskopische Frakturversorgung - Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	541,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7939	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - Entfernung von Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Kniegelenk oder - Operation einer oder mehrerer Zyste(n) oder - Meniskus(re)fixation und/oder Naht, insbesondere durch Naht, Schraube(n) oder Ankersystem(e), je Meniskus oder - Naht/Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel oder - Arthroskopische Entnahme eines Knorpel-Knochen-Transplantates oder - Entfernung eines einliegenden Kreuzbandtransplantates oder - Retinakulumnaht <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	683,16 €
7940	IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder an einem Raum: - Partielle oder totale Resektion eines Innen- und/oder Außen-Meniskus und/oder diskoiden Meniskus oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil- und/oder Bindegewebe oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen- und/oder Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) oder - Retinakulumspaltung (lateral release) <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	409,97 €
7941	Arthroskopischer (Teil-)Ersatz oder arthroskopische Naht oder Augmentation mit körpereigenem oder körperfremdem Material oder Refixation des vorderen Kreuzbandes, ggf. einschließlich - Gewinnung und Aufbereitung von körpereigenem Material zum Kreuzbandersatz - Aufbereitung von körperfremdem Material zum Kreuzbandersatz - Zurichtung der Ansatzstellen der Kreuzbänder in Oberschenkelrolle (Notchplastik) und Schienbeinplateau - Fixation des Kreuzbandersatzes mit körpereigenem und/oder körperfremdem Material - Versorgung der Entnahmestelle(n) (z.B. Sartorius-Plastik) - Versorgung und Verschluss von Knochenentnahmestellen mit ortsständig gewonnenem Knochenmaterial - Maßnahmen zum korrekten Sitz des Ersatzes	825,55 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7942	Arthroskopischer (Teil-)Ersatz oder arthroskopische Naht oder Augmentation mit körpereigenem oder körperfremdem Material oder Refixation des hinteren Kreuzbandes, ggf. einschließlich - Gewinnung und Aufbereitung von körpereigenem Material zum Kreuzbandersatz - Aufbereitung von körperfremdem Material zum Kreuzbandersatz - Zurichtung der Ansatzstellen der Kreuzbänder in Oberschenkelrolle (Notchplastik) und Schienbeinplateau - Fixation des Kreuzbandersatzes mit körpereigenem und/oder körperfremdem Material - Versorgung der Entnahmestelle(n) (z.B. Sartorius-Plastik) - Versorgung und Verschluss von Knochenentnahmestellen mit ortsständig gewonnenem Knochenmaterial - Maßnahmen zum korrekten Sitz des Ersatzes	910,25 €
7943	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7941 oder 7942 für die Anwendung der Doppelbündeltechnik	66,51 €
7944	Arthroskopischer (Teil-)Ersatz oder arthroskopische Naht oder Augmentation mit körpereigenem oder körperfremdem Material oder Refixation einer Sehne oder eines Bandes im/am Gelenk, ausgenommen vorderes und hinteres Kreuzband	637,09 €
7945	Diagnostische Arthroskopie des oberen Sprunggelenks oder diagnostische Arthroskopie des unteren Sprunggelenks oder diagnostische Arthroskopie einer periartikulären Sehnenscheide oder diagnostische Arthroskopie eines periartikulären Raumes eines Sprunggelenks, ggf. einschließlich arthroskopischer Kontrolle bei gelenknahen Manipulationen (z.B. Osteosynthesen oder deren Folgen)	112,54 €
7946	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7945 für die Durchführung im dorsalen Kompartiment des oberen Sprunggelenks über einen oder mehrere dorsale Zugänge	57,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7947	I. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehnenscheide oder an einem Raum, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Reinigung und Glättung aller Gelenkstrukturen (z.B. Knorpelglättung(en)) - (Teil-)Entfernung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen - Probeentnahmen (auch Entnahmen von Gewebe zur labortechnischen Zellvermehrung) - Spülungen - Lösung von isolierten, lokal begrenzten Verklebungen und/oder Verwachsungen - Entfernung von Schleimhautfalten (Plicae) - Entfernung von freien Gelenkkörpern (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7949 erfüllt sind) - (Teil-)Entfernung und/oder Verödung von Weichteilgeweben, z.B. Gelenkschleimhaut bei Synovialitis (soweit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7949 erfüllt sind), Nerven, Sehnen, Bänder	406,41 €
7948	II. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehnenscheide oder an einem Raum: - Knorpel-Knochen-Transplantation oder - Implantation von autologem oder allogenen oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder - Arthrolyse oder - Knorpelersatz mittels zellulärem oder azellulärem Gewebeersatzmaterial oder - Bandplastik mit Sehnen transplantat oder - Sehnen transferoperationen oder - Arthrodesen eines Sprunggelenks oder - arthroskopische Frakturversorgung	713,34 €
	Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.	

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7949	III. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehnenscheide oder an einem Raum: - Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder - Entfernung von Gelenkkörpern bei histologisch gesicherter Gelenkchondromatose oder - (Teil-)Entfernung von Fremdmaterial aus dem Sprunggelenk oder - mechanische Maßnahmen zur Anregung der Durchblutung an Knochen- und/oder Knorpelgewebe (z.B. Anbohrung, Mikrofrakturierung, Needling) oder - Resektion eines Os trigonum oder - Resektion einer Haglund-Exostose oder - Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder - Naht/Nähte der Gelenkkapsel und/oder Bänder oder - Neurolyse <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	409,97 €
7950	IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehnenscheide oder an einem Raum: - Operation einer oder mehrerer Zyste(n) oder - Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil- und/oder Bindegewebe oder - Tenolyse einer periartikulären Sehne oder - Tenosynovektomie einer periartikulären Sehne oder - (Teil-)Entfernung einer periartikulären Bursa am Sprunggelenk <i>Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	287,88 €
7951	Endoskopische Operation des Tarsaltunnelsyndroms, einschließlich Maßnahmen zur Dekompression, ggf. einschließlich Neurolyse des N. tibialis mit allen Ästen	287,88 €
7952	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L III bei einliegender Endoprothese	33,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
7953	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 366,73 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7953 ist neben der Leistung nach Nummer 7954 oder 7955 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	24,23 €
7954	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 366,73 EUR bis zu 583,16 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7954 ist neben der Leistung nach Nummer 7953 oder 7955 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	96,94 €
7955	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 583,16 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 7955 ist neben der Leistung nach Nummer 7953 oder 7954 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	89,55 €

IV. Endoprothetik**11.04****Allgemeine Bestimmungen**

1. Die Art und Ausprägung eines Defektes ist gemäß der entsprechenden Klassifikation im Operationsbericht und auf der Rechnung anzugeben.
2. Der Abschnitt L IV beinhaltet operative Leistungen, bei denen Gelenkanteile durch alloplastisches Material ersetzt werden, z.B. auch die sogenannten Oberflächenersatzprothesen. Die Ulnaköpfchenprothese und die Radiusköpfchenprothese sind Teilprothesen des Hand- bzw. Ellenbogengelenks. Eine Totalendoprothese am Kniegelenk entspricht dem bikondylären Oberflächenersatz ohne Patellarückflächenersatz.
3. Als Sonderprothesen gelten modulare Endoprothesen, Langschaftprothesen, CAD-CAM-Prothesen und individuell angefertigte Prothesen. Als Tumorprothesen gelten Prothesen, die für die Implantation oder den Wechsel von metallischem Knochen- bzw. Gelenkersatz nach Resektion von Knochentumoren bzw. bei ausgeprägten Knochendefekten zum Einsatz kommen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8000	Endoprothetischer Teilersatz des Hüftgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8006 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten < 2 cm an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	808,18 €
8001	Endoprothetischer Totalersatz des Hüftgelenks, ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8006 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten < 2 cm an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 039,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8002	Endoprothetischer Totalersatz des Hüftgelenks bei mittelgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 2 a-c) oder mittelgradiger Hüftdysplasie, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8006 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten < 2 cm an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 133,41 €
8003	Endoprothetischer Totalersatz des Hüftgelenks bei hochgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 3 oder höher) oder hochgradiger Hüftdysplasie, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8006 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten < 2 cm an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 349,44 €
8004	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8000, 8001, 8002 oder 8003 für die Abtragung eines oder mehrerer Osteophyten > 2 cm	118,42 €
8005	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8001, 8002 oder 8003 für Eingriffe an Muskeln und/oder Sehnen bei schwerer Kontraktur entsprechend Hüftdysplasie nach Crowe Grad 2 oder höher	285,10 €
8006	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8000, 8001, 8002 oder 8003 für Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose	169,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8007	Entfernung einer Teilendoprothese am Hüftgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	969,79 €
8008	Entfernung einer Totalendoprothese am Hüftgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	1 224,35 €
8009	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8000, 8001, 8002, 8003, 8007 oder 8008 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	368,83 €
8010	Revision der Teil- oder Totalendoprothese am Hüftgelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	911,04 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8011	Entfernung und erneuter Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne, ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 230,88 €
8012	Entfernung und erneuter Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne, bei mittelgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 2 a-c), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 491,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8013	Entfernung und erneuter Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne, bei hochgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 3 oder höher), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 772,64 €
8014	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 550,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8015	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, bei mittelgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 2 a-c), ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 746,53 €
8016	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, bei hochgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 3 und höher), ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8017 erfüllt ist) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 968,45 €
8017	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8000, 8001, 8002, 8003, 8014, 8015 oder 8016 für die Auffüllung einer Geröllzyste mittels Spongiosaplastik aus dem Hüftkopf	206,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8018	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 792,22 €
8019	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, bei mittelgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 2 a-c), ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	2 046,78 €
8020	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Hüftgelenks, bei hochgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 3 und höher), ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik (einschließlich Pfannenbodenplastik) mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	2 327,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8021	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8007, 8008, 8011, 8012, 8013, 8014, 8015, 8016, 8018, 8019 oder 8020 für die Entfernung eines zementierten Prothesenteils	252,20 €
8022	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8008, 8018, 8019 oder 8020 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenteile	420,34 €
8023	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8000, 8001, 8002, 8003, 8011, 8012, 8013, 8014, 8015, 8016, 8018, 8019 oder 8020 für die Entnahme von Spongiosa und/oder die Entnahme eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Knochenentnahme fernab des Operationsgebietes	259,65 €
8024	Einbau eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes am Kniegelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 057,18 €
8025	Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8030 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Patellafirstung und/oder -denervation - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 214,54 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8026	Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8030 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Patellafirstung und/oder -denervation - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 279,82 €
8027	Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8030 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial - Patellafirstung und/oder -denervation	1 377,72 €
8028	Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8030 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial - Patellafirstung und/oder -denervation	1 443,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8029	Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei hochgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI III, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8031 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8030 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial - Patellafirstung und/oder -denervation	1 553,96 €
8030	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8025, 8026, 8027, 8028 oder 8029 bei Vorliegen einer schweren Valgus- oder Varusgonarthrose größer 10° Abweichung von der physiologischen Achse für Eingriffe an Muskeln und/oder Sehnen, einschließlich korrigierender bzw. kompensatorischer Resektionstechniken	256,35 €
8031	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8024, 8025, 8026, 8027, 8028 oder 8029 für Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose	169,17 €
8032	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes am Kniegelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	814,16 €
8033	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	1 054,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8034	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8024, 8025, 8026, 8027, 8028, 8029, 8032 oder 8033 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	286,16 €
8035	Revision eines unikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Arthrolyse	673,31 €
8036	Revision eines bikondylären Oberflächenersatzes oder eines Femoropatellarersatzes am Kniegelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Arthrolyse	852,30 €
8037	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8036 für einen isolierten Patella-Rückflächenersatzwechsel	272,62 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8038	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes am Kniegelenk, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	864,30 €
8039	Entfernung und erneuter Einbau eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes am Kniegelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	877,07 €
8040	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes und Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 106,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8041	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes und Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 198,24 €
8042	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes und Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 276,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8043	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes und Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), mit mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 381,00 €
8044	Entfernung eines unikondylären Oberflächen- oder Femoropatellarersatzes und Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), mit hochgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI III, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 584,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8045	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 080,75 €
8046	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 309,20 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8047	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 374,48 €
8048	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 439,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8049	Entfernung und erneuter Einbau von im Knochen verankerten Teilen eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei hochgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI III, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 576,82 €
8050	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes und erneuter Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 341,84 €
8051	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes und erneuter Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, ungekoppelt oder teilgekoppelt (bis posterior stabilisiert), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 407,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8052	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes und erneuter Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), ohne Defektsituation, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 452,80 €
8053	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes und erneuter Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei mittelgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI II, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 576,82 €
8054	Entfernung eines bikondylären Oberflächenersatzes und erneuter Einbau eines bikondylären Oberflächenersatzes am Kniegelenk, gekoppelt (constrained oder rotating hinge), bei hochgradiger Defektsituation entsprechend Stadium nach AORI III, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 707,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8055	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8025, 8026, 8027, 8028, 8029, 8036, 8040, 8042, 8043, 8044, 8045, 8047, 8050, 8052, 8053 oder 8054 für einen Patella-Rückflächenersatz	265,35 €
8056	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8032, 8033, 8038, 8039, 8040, 8041, 8042, 8043, 8044, 8045, 8046, 8047, 8048, 8049, 8050, 8051, 8052, 8053 oder 8054 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	218,52 €
8057	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8032, 8033, 8039, 8040, 8041, 8042, 8043, 8044, 8045, 8046, 8047, 8048, 8049, 8050, 8051, 8052, 8053 oder 8054 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	389,64 €
8058	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8038, 8039, 8040, 8042, 8045, 8047, 8050, 8052, 8053 oder 8054 für eine Tuberositas tibiae-Osteotomie bei Entfernung und erneutem Einbau eines Oberflächenersatzes am Kniegelenk	421,44 €
8059	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8024, 8025, 8026, 8027, 8028, 8029, 8038, 8039, 8040, 8041, 8042, 8043, 8044, 8045, 8047, 8050, 8052, 8053 oder 8054 für die Entnahme von Spongiosa und/oder die Entnahme eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Knochenentnahme fernab des Operationsgebietes	234,13 €
8060	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8007, 8008, 8011, 8012, 8013, 8014, 8015, 8016, 8018, 8019, 8020, 8038, 8039, 8040, 8042, 8045, 8047, 8050, 8052, 8053 oder 8054 für eine Femurosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines Oberflächenersatzes am Kniegelenk sowie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines künstlichen Hüftgelenks	513,34 €
8061	Endoprothetischer Teilersatz des Schultergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8066 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenen und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	827,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8062	Endoprothetischer Totalersatz des Schultergelenks durch eine anatomische Prothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8066 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 092,06 €
8063	Endoprothetischer Totalersatz des Schultergelenks durch eine inverse Prothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8066 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 199,82 €
8064	Endoprothetischer Teilersatz des Schultergelenks bei Verwendung einer Tumor- oder Sonderprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8066 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 265,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8065	Endoprothetischer Totalersatz des Schultergelenks bei Verwendung einer Tumor- oder Sonderprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8066 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 382,58 €
8066	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8063, 8064 oder 8065 für Synovialektomie bei bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose	125,21 €
8067	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8063, 8064 oder 8065 für die Entnahme von Spongiosa und/oder mindestens eines kortikospongiösen Spans aus dem Humeruskopf	176,40 €
8068	Entfernung einer Teilendoprothese am Schultergelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	873,46 €
8069	Entfernung einer Totalendoprothese am Schultergelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	938,73 €
8070	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8063, 8064, 8065, 8068 oder 8069 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	280,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8071	Revision einer Teil- oder Totalendoprothese am Schultergelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	697,22 €
8072	Entfernung und erneuter Einbau eines künstlichen Humeruskopfes, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 101,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8073	Entfernung und erneuter Einbau einer künstlichen Glenoidpfanne, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 180,23 €
8074	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Schultergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 278,14 €
8075	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Schultergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Entfernung eines oder mehrerer Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 454,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8076	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Schultergelenks bei Verwendung einer Tumor- oder Sonderprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 539,23 €
8077	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Schultergelenks bei Verwendung einer Tumor- oder Sonderprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8078 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 728,52 €
8078	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8064, 8065, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion, je Sehne	182,10 €
8079	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8068, 8069, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für die Entfernung eines zementierten Prothesenteils	173,18 €
8080	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8069, 8075 oder 8077 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenteile	288,64 €
8081	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8068, 8069, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für eine Humerusosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines künstlichen Schultergelenks	543,53 €
8082	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8063, 8064, 8065, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstellen	225,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8083	Einbau einer Teilerdoprophese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8087 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	815,78 €
8084	Einbau einer nicht gekoppelten Totalendoprophese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8087 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 092,06 €
8085	Einbau einer gekoppelten Totalendoprophese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8087 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 052,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8086	Einbau einer Totalendoprothese des Ellenbogengelenks bei Verwendung einer Sonder- oder Tumorprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8087 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 131,21 €
8087	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8083, 8084, 8085 oder 8086 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose für Synovialektomie	104,34 €
8088	Entfernung einer Teilendoprothese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	797,59 €
8089	Entfernung einer Totalendoprothese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	1 009,89 €
8090	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8083, 8084, 8085, 8086, 8088 oder 8089 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalters beim zweizeitigen Wechsel	208,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8091	Revision der Teil- oder Totalendoprothese des Ellenbogengelenks (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	749,06 €
8092	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese des Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	997,76 €
8093	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 179,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8094	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Ellenbogengelenks bei Verwendung einer Sonder- oder Tumorprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 301,05 €
8095	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Ellenbogengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 422,37 €
8096	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Ellenbogengelenks bei Verwendung einer Sonder- oder Tumorprothese, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 543,69 €
8097	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8088, 8089, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	156,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8098	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8088, 8089, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenteile	334,82 €
8099	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8088, 8089, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für eine Humerus- oder Ulnaosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines künstlichen Ellbogengelenks	543,53 €
8100	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8083, 8084, 8085, 8086, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstellen	253,66 €
8101	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8002, 8003, 8012, 8013, 8015, 8016, 8019, 8020, 8026, 8028, 8029, 8041, 8043, 8044, 8046, 8048, 8049, 8051, 8053, 8054, 8061, 8062, 8063, 8064, 8065, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076, 8077, 8083, 8084, 8085, 8086, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für impaction bone grafting, je Gelenkpartner	264,07 €
8102	Endoprothetischer Totalersatz des oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8103 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 022,02 €
8103	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8102 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose für Synovialektomie	104,34 €
8104	Entfernung einer Totalendoprothese am oberen Sprunggelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	1 058,42 €
8105	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8102 oder 8104 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	288,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8106	Revision einer Totalendoprothese am oberen Sprunggelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	755,13 €
8107	Entfernung und erneuter Einbau einer künstlichen Tibia- oder einer künstlichen Taluskomponente am oberen Sprunggelenk, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 088,75 €
8108	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen oberen Sprunggelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 301,05 €
8109	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8104, 8107 oder 8108 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	228,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8110	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8104 oder 8108 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	374,61 €
8111	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8102, 8107 oder 8108 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstellen	253,66 €
8112	Einbau einer Teilendoprothese des Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8114 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	692,99 €
8113	Einbau einer Totalendoprothese des Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8114 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 016,87 €
8114	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8112 oder 8113 für Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose	122,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8115	Entfernung einer Teilendoprothese des Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	475,52 €
8116	Entfernung einer Totalendoprothese des Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	566,07 €
8117	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8112, 8113, 8115 oder 8116 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	147,09 €
8118	Revision der Teil- oder Totalendoprothese des Handgelenks (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	530,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8119	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese des Handgelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	940,12 €
8120	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 362,10 €
8121	Entfernung eines Totalersatzes und Einbau eines Totalersatzes des künstlichen Handgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 376,13 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8122	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8115, 8116, 8119, 8120 oder 8121 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	181,18 €
8123	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8116 oder 8121 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	211,37 €
8124	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8115, 8116, 8119, 8120 oder 8121 für eine Radiusosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines künstlichen Handgelenks	181,18 €
8125	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8112, 8113, 8119, 8120 oder 8121 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstellen	194,20 €
8126	Endoprothetischer Teilersatz des Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8128 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	381,38 €
8127	Endoprothetischer Totalersatz des Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8128 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	538,78 €
8128	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8126 oder 8127 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose für Synovialektomie	84,23 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8129	Entfernung einer Teilendoprothese am Daumensattelgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	171,51 €
8130	Entfernung einer Totalendoprothese am Daumensattelgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	346,43 €
8131	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8126, 8127, 8129 oder 8130 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	98,06 €
8132	Revision der Teil- oder Totalendoprothese am Daumensattelgelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	269,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8133	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese des Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	460,08 €
8134	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	696,18 €
8135	Entfernung und erneuter Einbau einer Totalendoprothese des Daumensattelgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	774,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8136	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8129, 8130, 8133, 8134 oder 8135 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	132,75 €
8137	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8130 oder 8135 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	154,88 €
8138	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8126, 8127, 8133, 8134 oder 8135 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstelle(n)	166,51 €
8139	Endoprothetischer Teilersatz des Großzehengrundgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8141 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	316,54 €
8140	Endoprothetischer Totalersatz des Großzehengrundgelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8141 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	364,71 €
8141	Zuschlag zu der Leistung nach Nummern 8139 oder 8140 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose für Synovialektomie	64,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8142	Entfernung einer Teilendoprothese am Großzehengrundgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	218,81 €
8143	Entfernung einer Totalendoprothese am Großzehengrundgelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	326,53 €
8144	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8139, 8140, 8142 oder 8143 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	103,62 €
8145	Revision der Teil- oder Totalendoprothese am Großzehengrundgelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	232,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8146	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese des Großzehengelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	354,55 €
8147	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes des Großzehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	458,03 €
8148	Entfernung und erneuter Einbau einer Totalendoprothese des Großzehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	500,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8149	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8142, 8143, 8146, 8147 oder 8148 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	61,52 €
8150	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8143 oder 8148 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	103,62 €
8151	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8139, 8140, 8146, 8147 oder 8148 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstelle(n)	214,20 €
8152	Endoprothetischer Teilersatz eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8164 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	346,43 €
8153	Endoprothetischer Totalersatz eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8164 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	428,70 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8154	Einbringen eines permanenten Spacer-Implantates in einem Handwurzel- oder Fingergelenk (z.B. Pyrocarbon-Spacer), ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8164 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	299,77 €
8155	Entfernung einer Teilendoprothese an einem Fingergelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	312,71 €
8156	Entfernung einer Totalendoprothese an einem Fingergelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	312,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8157	Revision der Teil- oder Totalendoprothese an einem Fingergelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	228,05 €
8158	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	459,59 €
8159	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie [soweit nicht der Leistungsinhalt von Zuschlagsposition 8164 erfüllt ist] - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	522,28 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8160	Entfernung und erneuter Einbau einer Totalendoprothese eines Fingergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	653,40 €
8161	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8129, 8130, 8133, 8134, 8135, 8155, 8156, 8158, 8159 oder 8160 für eine Fensterungsosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines Sattel- oder Fingergelenks	132,75 €
8162	Endoprothetischer Teilersatz eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8164 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	259,05 €
8163	Endoprothetischer Totalersatz eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8164 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	319,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8164	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8152, 8153, 8162 oder 8163 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, pigmentierter villonodulärer Synovialitis oder Chondromatose für Synovialektomie	111,29 €
8165	Entfernung einer Teilendoprothese an einem Zehengelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	235,05 €
8166	Entfernung einer Totalendoprothese an einem Zehengelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	273,22 €
8167	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8152, 8153, 8155, 8156, 8162, 8163, 8165 oder 8166 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel	74,19 €
8168	Revision der Teil- oder Totalendoprothese an einem Zehengelenk (ohne Wechsel der im Knochen verankerten künstlichen Gelenkkomponente(n)), ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	230,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8169	Entfernung und erneuter Einbau einer Teilendoprothese eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Wechsel des Inlays - Wechsel des Aufsteckkopfes - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	323,26 €
8170	Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie [soweit nicht der Leistungsinhalt von Zuschlagsposition 8164 erfüllt ist] - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	346,43 €
8171	Entfernung und erneuter Einbau einer Totalendoprothese eines Zehengelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Eingriff(e) an Muskel(n) und/oder Sehne(n) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper(s) - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisation(en) - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	349,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8172	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8155, 8156, 8158, 8159, 8160, 8165, 8166, 8169, 8170 oder 8171 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils	74,19 €
8173	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8156, 8160, 8166 oder 8171 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile	148,38 €
8174	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8152, 8153, 8158, 8159, 8160, 8162, 8163, 8169, 8170 oder 8171 für die Entnahme von Spongiosa und/oder eines oder mehrerer kortikospongiöser Späne bei Entnahme fernab des Operationsgebietes und Implantation an einer oder mehreren Empfängerstelle(n)	290,10 €
8175	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 965,34 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8175 ist neben der Leistung nach Nummer 8176 oder 8177 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	79,66 €
8176	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 965,34 EUR bis zu 1517,25 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8176 ist neben der Leistung nach Nummer 8175 oder 8177 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	203,00 €
8177	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1517,25 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8177 ist neben der Leistung nach Nummer 8175 oder 8176 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	295,86 €

V. Neurochirurgie**11.05****Allgemeine Bestimmungen**

1. Als Tumor im Sinne der Leistungen des Abschnitts L V gilt jede Art von Raumforderung wie z.B. Zysten.
2. Die Leistungen nach Abschnitt L V gelten für die minimalinvasive, endoskopische oder offen chirurgische Durchführung gleichermaßen.
3. Die Entnahme von Gewebe zur Transplantation aus einem anderen Operationsgebiet ist gesondert berechnungsfähig.
4. Die Leistungen des Abschnitts L V (Neurochirurgie) beinhalten auch ohne explizite Aufzählung die Fixierung (z.B. Mayfield-Halterung, Stereotaxierung), einfacher Duraverschluss mittels Klebung, Patch und/oder Naht, offene Liquordrainage und Liquorauffüllung. Ebenso beinhalten die Leistungen des Abschnitts L V die Implantation autologer oder alloplastischer Materialien, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes vorgesehen ist.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8300	Biopsie eines peripheren Nervens	173,38 €
8301	Neurolyse als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Stimulationen - Exzision(en) von Narben- und anderen den Nerv einengenden Geweben, je freigelegtem Nerv	180,42 €
8302	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8301 für interfaszikuläre Neurolyse	86,55 €
8303	Neurolyse und Verlagerung eines Nervens, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Stimulationen - Exzision(en) von Narben- und anderen den Nerv einengenden anatomischen Strukturen, je verlagertem Nerv	223,69 €
8304	Dekompressionsoperation bei Engpass-Syndrom eines peripheren Nervens, je Engpass	223,69 €
8305	Dekompressionsoperation bei Loge de Guyon-Syndrom oder Supinator-Syndrom	427,06 €
8306	Dekompressionsoperation bei Pronator-Syndrom oder N. ischiadicus-Kompression oder N. suprascapularis-Kompression	569,87 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8307	Dekompression, Neurolyse und Naht eines Nervenplexus mit Implantation autologer Nervenplantate, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von komprimierenden anatomischen Strukturen	1 345,53 €
8308	Dekompression, Neurolyse und/oder Naht eines Nervenplexus, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von komprimierenden anatomischen Strukturen	1 112,21 €
8309	Naht eines peripheren Nervens, außer Finger- und Zehennerven, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.</i>	544,54 €
8310	Naht eines Finger- oder Zehennervs, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.</i>	268,27 €
8311	Naht eines Hirnnervs, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.</i>	894,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8312	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8309, 8310 oder 8311 für interfaszikuläre Naht	91,51 €
8313	Transposition eines Finger- oder Zehennerves, einschließlich Durchtrennung und Naht des Nervens, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.</i>	386,33 €
8314	Transposition eines Nervens, außer Finger- oder Zehennerv, einschließlich Durchtrennung und Naht des Nervens, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv	490,31 €
8315	Exzision von Nervengewebe von Gewebe eines peripheren Nervens (auch Neurom) und ggf. Narbengewebe, ggf. einschließlich - Exzision einer Narbe/eines Ganglions - Stimulation(en)	335,76 €
8316	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8315 für die zusätzliche Naht oder Versenkung im Muskel und/oder Knochen	116,52 €
8317	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven, z.B. des N. suralis, zwecks Transplantation, einschließlich Aufbereitung, ggf. einschließlich Stimulation(en), je Extremität und Seite	212,97 €
8318	Mikrochirurgische Nervenersatzplastik eines peripheren Nervens mittels autologer Transplantation, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je zu ersetzendem Nerv <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.</i>	842,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8319	Operation eines Tumors eines peripheren Nervens, ggf. einschließlich - Nervennaht - mikrochirurgische Technik - Stimulationen - Exzision(en) von Narben- und anderen den Nerv einengenden anatomischen Strukturen	897,38 €
8320	Operation eines Tumors eines peripheren Nervens mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Stimulationen - Exzision(en) von Narben- und anderen den Nerv einengenden anatomischen Strukturen	937,22 €
8321	Nervenersatzplastik eines Hirnnerven mittels autologer Transplantation, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je zu ersetzendem Nerv <i>Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 8321 ist neben der Leistung nach Nummer 7008 nicht berechnungsfähig.</i>	1 151,33 €
8322	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8307, 8308, 8309, 8310, 8311, 8313, 8314, 8318, 8319, 8320 oder 8321 für interfaszikuläre (epiperineural) Technik der Neurolyse bzw. Naht eines Nervens, je Nerv	216,92 €
8323	Destruktive Maßnahmen am Ganglion Gasseri, auch stereotaktisch, ggf. einschließlich - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Geweben	483,22 €
8324	Selektive Ausschaltung eines Nervens und/oder Ganglions an der Schädelbasis, auch mit perkutanem, minimalinvasiven Zugang	483,22 €
8325	Grenzstrangablation, ggf. einschließlich - Endoskopie - Zielpunktbestimmung(en)	214,48 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8326	Offene segmentale mediale Myelotomie, einschließlich - Lamino- oder Laminektomie - Duraplastik	827,78 €
8327	Biopsie, einschließlich Serienbiopsie, auch stereotaktisch, am zentralen Nervensystem, als selbständige Leistung, einschließlich Planung	736,89 €
8328	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem, einseitig, einschließlich Planung, ggf. einschließlich Stimulationen	1 790,59 €
8329	Implantation, Wechsel, Revision oder Explantation einer oder mehrerer Stimulationselektroden intraspinal (epidural, subdural, ganglionär) und/oder im Bereich eines Nervenplexus (epi- oder perineural) für die Dauerstimulation, jeweils als selbständige Leistung, auch mit perkutanem, minimalinvasiven Zugang, einschließlich - Probestimulationen - auch zweizeitiger Implantation des Impulsgebers	858,29 €
8330	Implantation, Wechsel, Revision oder Explantation) einer oder mehrerer Stimulationselektroden im Bereich eines peripheren - auch autonomen - Nerven direkt (epi- oder perineural) und/oder subkutan für die Dauerstimulation, jeweils als selbständige Leistung, auch mit perkutanem, minimalinvasivem Zugang, einschließlich - Probestimulationen - auch zweizeitiger Implantation des Impulsgebers	621,71 €
8331	Implantation, Wechsel, Revision oder Explantation einer Neuroprothese am peripheren Nervensystem, jeweils als selbständige Leistung	1 447,76 €
8332	Einseitige intrakranielle Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation von Elektroden zur Hirnstimulation oder Implantation eines oder mehrerer Strahlenträger (z.B. Seeds), jeweils als selbständige Leistung, unabhängig von Art und Anzahl der implantierten Elektroden oder Strahlenträgern, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung der intraoperativen Messergebnisse	1 526,50 €
8333	Intrakranielle Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation von Kathetern (Messsonden) zur längerfristigen Messung (mindestens 24 Stunden) des Liquordrucks und/oder intrakraniellen Drucks (Hirndruck), jeweils als selbständige Leistung, unabhängig von Art und Anzahl der implantierten Katheter (Messsonden), einschließlich Aufzeichnung und Auswertung der Messergebnisse über einen Zeitraum von bis zu 72 Stunden	607,76 €
8334	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8333 für die Aufzeichnung und Auswertung der Messergebnisse ab 72 Stunden bis zur Explantation der Katheter (Messsonden)	80,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8335	Temporäre intrakranielle Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation von Elektroden zur Messung der elektrischen Hirnaktivität bei Epilepsie, auch mit Brain-Mapping und/oder Stimulationen, jeweils als selbständige Leistung, unabhängig von Art und Anzahl der implantierten Elektroden, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung der intraoperativen Messergebnisse	1 344,21 €
8336	Implantation, Revision, Explantation oder Wechsel einer dauerhaften intrakorporalen Liquorableitung (ventrikulo-, zisterno-, subduroatrial oder -pleural oder -peritoneal), jeweils als selbständige Leistung, einschließlich der thorakalen oder abdominellen Eingriffe, ggf. einschließlich Implantation eines telemetrischen Shuntsensors	777,20 €
8337	Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation (jeweils als selbständige Leistung) einer dauerhaften intrakraniellen Liquorableitung (z.B. Ventrikulozisternostomie) oder Exstirpation/Drainage von Kolloidzysten	1 099,35 €
8338	Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation einer extrakorporalen Liquorableitung oder eines Ommaya-Reservoirs (Rickham-Reservoirs), jeweils als selbständige Leistung, ggf. einschließlich intraoperativer - Hirndruckmessung(en), auch telemetrisch - Liquordruckmessung(en), auch telemetrisch	386,35 €
8339	Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation eines Systems zur längerfristigen lumbalen intrathekalen Arzneimitteltherapie als Port oder mit externer oder implantierbarer Pumpe, jeweils als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Druckmessungen - Einstellen der Flussrate	370,52 €
8340	Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation eines Systems zur längerfristigen intrakraniell-intrathekalen Arzneimitteltherapie als Port oder mit externer oder implantierbarer Pumpe, jeweils als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Druckmessungen - Einstellen der Flussrate	672,20 €
8341	Operation einer Kraniostenose, ggf. einschließlich plastischer Rekonstruktionen	1 405,50 €
8342	Rekonstruktion einer gedeckten Impressionsfraktur des Hirnschädels oder Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe eines Schädelknochens	956,97 €
8343	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Hirnschädels	1 099,35 €
8344	Operation eines intrakraniellen epiduralen Prozesses (z.B. Hämatom, Empyem)	1 117,85 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8345	Operation einer gedeckten Schädel-Hirn-Verletzung mit akutem subduralen Hämatom, ggf. einschließlich - Operation der Hirnverletzung - Operation von intrazerebralen Hämatomen auf einer Seite	1 355,15 €
8346	Operation einer offenen Schädel-Hirn-Verletzung, ggf. einschließlich - Entleeren von Hämatomen - Debridement von Kontusionen - Entfernen von Fremdkörpern - Kopfschwartenplastik - Rekonstruktion von Venen und Sinus	1 497,54 €
8347	Operation des subduralen Hygroms oder Hämatoms bei einem Patienten bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	672,20 €
8348	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms, Hygroms oder Empyems (ggf. mit Kapselentfernung)	956,97 €
8349	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms oder Hygroms oder Empyems	617,99 €
8350	Operation einer einseitigen frontobasalen Schädelhirnverletzung, ggf. einschließlich - Duraplastik (auch mit Galeaperiostlappen) - Sanierung der Nasennebenhöhlen - Operation von Gefäßverletzungen (einschließlich Sinus cavernosus)	1 526,50 €
8351	Operation einer beidseitigen frontobasalen Schädelhirnverletzung, ggf. einschließlich - Duraplastik (auch mit Galeaperiostlappen) - Sanierung der Nasennebenhöhlen - Operation von Gefäßverletzungen (einschließlich Sinus cavernosus)	1 811,26 €
8352	Exstirpation eines intrazerebralen Hämatoms oder eines Hirnabszesses oder einer Zyste (infektiös oder nicht infektiös) einer Hirnhemisphäre, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, ggf. einschließlich Sicherung von Material für mikrobiologische und/oder neuropathologische Diagnostik	1 326,05 €
8353	Drainage eines nicht traumatischen intrazerebralen Hämatoms, einer Zyste (infektiös oder nicht infektiös) oder eines Abzesses, auch intraventrikulär, ggf. einschließlich Sicherung von Material für mikrobiologische und/oder neuropathologische Diagnostik	991,23 €
8354	Dekompressive Kraniektomie, einseitig oder der hinteren Schädelgrube	672,20 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8355	Operation einer nicht rupturierten intrakraniellen Gefäßmissbildung (z.B. Aneurysma, Angiom), einschließlich Rekonstruktion der Zugangswege	2 450,58 €
8356	Operation einer rupturierten intrakraniellen Gefäßmissbildung (z.B. Aneurysma, Angiom), einschließlich - Zugang und Ausräumen der Hämatome - Rekonstruktion der Zugangswege	2 965,88 €
8357	Intrakranielle Gefäßanastomose und/oder Gefäßtransplantation oder Embolektomie, ggf. einschließlich Interposition der Transplantate	1 668,88 €
8358	Neurovaskuläre Dekompression von Hirnnerven (z.B. im Bereich der hinteren Schädelgrube nach Jannetta), ggf. einschließlich - Implantation von autogenem oder alloplastischem Material - Implantation oder Wechsel von Stimulationselektroden	1 375,62 €
8359	Extra-intrakranielle Gefäßanastomose temporal oder okzipital, einschließlich Präparationen des extrazerebralen zuführenden Gefäßes und des Hirnrindengefäßes	1 241,73 €
8360	Operation einer angeborenen oder erworbenen Meningo- und/oder Enzephalozele der Hirnkonvexität, ggf. einschließlich - Ventrikeleröffnung und offener Ventrikeldrainage - plastische Deckungen von Gewebedefekten - Hautlappenplastiken	1 099,35 €
8361	Operation einer angeborenen oder erworbenen frontobasalen oder okzipitobasalen Meningo- und/oder Enzephalozele, ggf. einschließlich - Ventrikeleröffnung und offener Ventrikeldrainage - Plastische Deckungen von Gewebedefekten - Hautlappenplastiken	1 450,08 €
8362	Resektion oder Dissektion einer Großhirnhemisphäre (Hemisphärotomie)	1 687,53 €
8363	Resezierende und/oder dissezierende (diskonnektierende) epilepsiechirurgische Eingriffe im Temporallappen, ggf. einschließlich - Lobektomie - Entfernung von Elektroden	1 957,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8364	Resezierende und/oder dissezierende (diskonnektierende) epilepsiechirurgische Eingriffe außerhalb des Temporallappens, ggf. einschließlich - Lobektomie - Entfernung von Elektroden	1 804,29 €
8365	Exstirpation oder Resektion eines - ganz oder teilweise - intraventrikulären Tumors	1 669,17 €
8366	Exstirpation oder Resektion eines Tumors im Bereich der Konvexität einer Hirnhemisphäre	2 062,13 €
8367	Exstirpation oder Resektion eines Tumors im Bereich einer Hirnhemisphäre mit Ventrikeleröffnung, ggf. einschließlich Hirnlappenresektion	1 585,17 €
8368	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie oder eines Schädelbasistumors, einschließlich Trepanation und Verschluss, ggf. einschließlich - äußerer Liquorableitung - Duraplastik - Endoskopie - Transplantatentnahme	3 089,71 €
8369	Transspenoidale Exstirpation oder Resektion eines Tumors der Mittellinie (z.B. Hypophysentumor, Kraniopharyngeom)	2 272,76 €
8370	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8350, 8351, 8368 oder 8369 für Sinusrekonstruktion	182,83 €
8371	Exstirpation oder Resektion eines Kleinhirntumors, einer Kleinhirnzyste oder eines Kleinhirnlappens oder Ausräumung einer Blutung im Kleinhirn	1 362,25 €
8372	Exstirpation oder Resektion eines Tumors im Bereich des Kleinhirnbrückenwinkels oder des Hirnstamms	2 265,42 €
8373	Extradurale Exstirpation oder Resektion eines Tumors in der Orbita mittels Trepanation, einschließlich aller Rekonstruktionen	1 354,78 €
8374	Intradurale Exstirpation oder Resektion eines Tumors in der Orbita mittels Trepanation, auch kombiniert mit extraduralem Zugang, einschließlich aller Rekonstruktionen	2 512,64 €
8375	Exstirpation oder Resektion eines Tumors intraspinal im Bereich des kraniozervikalen Übergangs (Halswirbel C1 (Atlas) und C2 (Axis)), ggf. einschließlich - Erweiterung des Hinterhauptlochs - Dekompressionsmaßnahmen an Wirbeln - interne Drainage von Zysten	3 060,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8376	Intraspinale Operation von Fehlbildungen im Bereich des kraniozervikalen Übergangs (Halswirbel C1 (Atlas) und C2 (Axis)), ggf. einschließlich - Erweiterung des Hinterhauptlochs - Dekompressions- und Rekonstruktionsmaßnahmen an Wirbeln - interne Drainage von Zysten	1 669,12 €
8377	Entfernung (auch mikrochirurgisch) eines intramedullär (auch an der Cauda equina) gelegenen Tumors und/oder intramedullärer Gefäßmissbildung(en) in einem Segment, ggf. einschließlich - Laminektomie und/oder Laminotomie - Laminoplastie - Abtragung von Spondylophyten - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Myelotomie(n)	1 131,45 €
8378	Operation zum plastischen intrakraniellen Verschluss einer Liquorfistel an der Schädelbasis unabhängig vom operativen Zugangsweg, als selbständige Leistung	1 669,23 €
8379	Verschluss von Knochendefekten im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Implantation von in separater Operation entnommenen Knochenstücken	672,20 €
8380	Verschluss eines Defektes am Hirnschädel oder an der Schädelbasis jeweils mit autologer Tabula-externa-Osteoplastik (Kranioplastik), ggf. einschließlich - Galeaperiostlappen - Rekonstruktion der Orbita - Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen - Verschluss des Mastoids	956,97 €
8381	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L V für aufwendigen Verschluss der Dura mittels Einnähen von autologem oder alloplastischem Material (z.B. Galeaperiostlappen, Faszie, Goretex), sofern in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen die Duraplastik und/oder die plastische Deckung von Gewebedefekten nicht aufgeführt sind	182,83 €
8382	Zuschlag zu den Leistungen der Tumor- oder Aneurysmachirurgie des Abschnitts LV für präsigmoidalen oder retrosigmoidalen (subokzipitalen) oder petroklivalen oder pterionalen (transsylvischen) Zugang, auch in Kombinationen dieser Zugänge	72,03 €
8383	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L V für intraoperative Fluoreszenzangiographie	88,29 €
8384	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L V für lokale zytostatische Behandlung der Tumorresthöhle nach nicht radikaler Resektion	175,79 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8385	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 1221,54 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8385 ist neben der Leistung nach Nummer 8386 oder 8387 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	87,35 €
8386	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1221,54 EUR bis zu 2062,13 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8386 ist neben der Leistung nach Nummer 8385 oder 8387 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	225,78 €
8387	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L V, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 2062,13 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8387 ist neben der Leistung nach Nummer 8385 oder 8386 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	348,29 €

VI. Wirbelsäulenchirurgie

11.06

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8500	Sequestrektomie und/oder Nukleotomie bei Bandscheibenvorfall an der Brust- oder Lendenwirbelsäule, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik - Gelenkpunktion(en) - Banddurchtrennung(en) <i>Die Leistung nach Nummer 8500 ist neben der Leistung nach Nummer 8502 oder 8503 im selben Segment nicht berechnungsfähig.</i>	1 050,12 €
8501	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8500 für jedes weitere Segment	219,97 €
8502	Einseitige segmentale ligamentäre und/oder knöcherne Dekompression des thorakalen, lumbalen oder sakralen Spinalkanals und des Foramens bei knöchern ligamentärer Spinalkanalstenose und/oder Foramenstenose, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Facettenarthroplastik - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik - Foraminotomie(n) - Banddurchtrennung(en) - Hemilaminektomie(n)/Laminektomie(n) - Gelenkpunktion(en) <i>Die Leistung nach Nummer 8502 ist neben der Leistung nach Nummer 8500 im selben Segment nicht berechnungsfähig.</i>	1 058,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8503	Beidseitige segmentale ligamentäre und/oder knöcherne Dekompression des thorakalen, lumbalen oder sakralen Spinalkanals und des Foramens bei knöchernen ligamentärer Spinalkanalstenose und/oder Foramenstenose, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Facettenarthroplastik - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik - Foraminotomie(n) - Banddurchtrennung(en) - Hemilaminektomie(n)/Laminektomie(n) - Gelenkpunktion(en) <i>Die Leistung nach Nummer 8503 ist neben der Leistung nach Nummer 8500 im selben Segment nicht berechnungsfähig.</i>	1 185,54 €
8504	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8503 für jedes weitere Segment	293,29 €
8505	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8500 und/oder 8503 für ein Implantat zum Verschluss eines Anulusdefektes	236,74 €
8506	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8500 oder 8503 für Kostotransversektomie und/oder Kostotransversotomie an der Brustwirbelsäule	131,52 €
8507	Trans- oder extraforaminale Dekompression über lateralen Zugang und/oder Sequestrektomie mit Nervenwurzeldekompression an der Lendenwirbelsäule, auch endoskopisch, in einem Segment, einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Facettenarthroplastik - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik - Foraminotomie(n) - Banddurchtrennung(en) - Hemilaminektomie(n)/Laminektomie(n) - Gelenkpunktion(en)	1 049,61 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8508	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8507 für jedes weitere Segment oder beidseitigem Vorgehen in einem Segment	293,29 €
8509	Dorsale Instrumentierung zur Stabilisierung an der Brust- oder Lendenwirbelsäule, auch mittels dynamischer Schrauben-Stab-Systeme, in einem Segment, ggf. einschließlich Reposition	642,01 €
8510	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8509 für jedes weitere Segment	184,13 €
8511	Dorsale Instrumentierung zur Stabilisierung des letzten lumbalen Bewegungssegments, auch mittels dynamischer Schrauben-Stab-Systeme	707,33 €
8512	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8511 für zusätzliche Sakralschrauben, S2-Ilium-Schrauben und Ilium-Schrauben	195,53 €
8513	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8509 und/oder 8511 für die Schrauben-Augmentation mittels Knochenzement oder vergleichbarer Materialien, ggf. einschließlich - Kontrastmitteldarstellung - Durchleuchtung	146,65 €
8514	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8509 und/oder 8511 für komplexe Osteotomie (z.B. Pedikelsubtraktionsosteotomie, Verkürzungsosteotomie mit kompletter oder partieller Wirbelkörperresektion), je Wirbel	586,59 €
8515	Interkorporelle Fusion an der Brust- oder Lendenwirbelsäule, z.B. mit einem oder mehreren Cages oder durch denselben Zugang gewonnene Knochenspäne, in einem Segment, einschließlich Bandscheibenausräumung, ggf. einschließlich - Anfrischen der Grund- und Deckplatte(n) der angrenzenden Wirbelkörper - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	380,69 €
8516	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8515 für jedes weitere Segment	195,53 €
8517	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8515 für einen zusätzlichen ventralen Zugang <i>Wird die Leistung nach Nummer 8515 ausschließlich über einen ventralen Zugang erbracht, kann der Zuschlag nach Nummer 8517 ebenfalls abgerechnet werden.</i>	458,03 €
8518	Posteriore und/oder posterolaterale Fusion, je Segment, einschließlich Entnahme und Einbringen von durch denselben Zugang gewonnenem Knochenmaterial, ggf. einschließlich - Anfrischen der posterioren und/oder posterolateralen Knochenstrukturen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	217,37 €
8519	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8518 für jedes weitere Segment	48,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8520	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8515 und/oder 8518 für die Dekompression im Rahmen einer Fusion, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Facettenarthroplastik - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik - Foraminotomie(n) - Banddurchtrennung(en) - Hemilaminektomie(n)/Laminektomie(n) - Gelenkpunktion(en)	371,78 €
8521	Dorsolaterale Implantation einer Bandscheibenprothese an der Lendenwirbelsäule, in einem Segment, einschließlich - Zugang - Bandscheibenausräumung - ventrales Release <i>Werden mehrere Prothesenanteile in einem Segment implantiert, so ist die Leistung nach Nummer 8521 nur einmal je Segment berechnungsfähig.</i>	903,32 €
8522	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8521 für jedes weitere Segment	293,29 €
8523	Ventrale Implantation einer Bandscheibenprothese an der Lendenwirbelsäule, in einem Segment, einschließlich - Zugang - Bandscheibenausräumung - ventrales Release <i>Werden mehrere Prothesenanteile in einem Segment implantiert, so ist die Leistung nach Nummer 8523 nur einmal je Segment berechnungsfähig.</i>	772,66 €
8524	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8523 für jedes weitere Segment	293,29 €
8525	Wirbelkörperersatz durch Ersatzimplantat oder Knochen an der Brust- oder Lendenwirbelsäule, für einen Wirbelkörper, auch von dorsal bzw. dorsolateral, offen chirurgisch oder endoskopisch, einschließlich - Wirbelkörperresektion - Bandscheibenresektion - Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	1 271,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8526	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8525 für jeden weiteren Wirbelkörper	293,29 €
8527	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8525 für die additive ventrale Instrumentierung	195,53 €
8528	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8525 für die ventrale Dekompression des Spinalkanals, einschließlich Hinterkantenresektion	203,57 €
8529	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8525 für die En-Bloc-Spondylektomie, je Wirbelkörper	610,71 €
8530	Intervertebrale Abstützung in einem Segment oder Implantation eines dorsalen interspinösen Spreizers oder sonstiger dynamischer Systeme (exklusive pedikelschraubenbasierter Systeme)	193,99 €
8531	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8530 für jedes weitere Segment	73,32 €
8532	Dekompression von thorakalen Nervenwurzel(n) und/oder des Spinalkanals im Thorakalbereich von ventral, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Fettlappenplastik - Foraminotomie(n) - Banddurchtrennung(en) - Gelenkpunktion(en)	1 515,76 €
8533	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8532 für jedes weitere Segment	293,29 €
8534	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8532 für interkorporelle Fusion, z.B. mit einem oder mehreren Cages oder durch denselben Zugang gewonnene Knochenspäne, einschließlich Bandscheibenausräumung, ggf. einschließlich - Anfrischen der Grund- und Deckplatte(n) der angrenzenden Wirbelkörper - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial, je Segment	146,65 €
8535	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8532 für additive ventrale Instrumentierung	195,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8536	Dekompression von zervikalen Nervenwurzel(n) und/oder des Spinalkanals im Zervikalbereich von dorsal, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Facettenarthroplastik - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Fettlappenplastik(en) - Gelenkdenervierung(en) - Foraminotomie(n) (z.B. nach Frickholm) - Banddurchtrennung(en) - Hemilaminektomie(n)/Laminektomie(n) - Gelenkpunktion(en)	1 260,38 €
8537	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8536 für jedes weitere Segment	195,53 €
8538	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8536 für die Laminoplastie, je Segment	73,32 €
8539	Dekompression von zervikalen Nervenwurzel(n) und/oder des Spinalkanals im Zervikalbereich von ventral, auch endoskopisch, in einem Segment, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Prolapsabtragung(en) - Entfernen von Sequester(n) - Abtragung von Spondylophyt(en) - Entfernung intraspinale Synovialzyste(n) - Fettlappenplastik - Unkoforaminotomie(n) - Banddurchtrennung(en)	986,79 €
8540	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8539 für jedes weitere Segment	263,05 €
8541	Dorsale Instrumentierung zur Stabilisierung an der Halswirbelsäule (von C0 bis Th2), auch mittels dynamischer Schrauben-Stab-Systeme, in einem Segment, ggf. einschließlich Reposition	958,04 €
8542	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8541 für jedes weitere Segment	146,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8543	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8541 für die dorsale Fusion	146,65 €
8544	Bandscheibenersatz an der Halswirbelsäule und zervikothorakaler Übergang bis Th1 durch körpereigenes und/oder körperfremdes Material (z.B. Bandscheibenprothese, Cage, Knochenspäne, Zement) über einen ventralen Zugang, in einem Segment, ggf. einschließlich - Ausräumen des Bandscheibenfaches - Banddurchtrennung(en) - Knochenentnahme(n) und -transplantation(en) aus dem gleichen Operationsfeld - Abtragung von Spondylophyten - Anfrischen der Grund- und Deckplatte(n) der angrenzenden Wirbelkörper - Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	565,65 €
8545	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8544 für Bandscheibenersatz Th1/Th2	146,65 €
8546	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8544 für jedes weitere Segment	146,65 €
8547	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8544 für die Dekompression des Spinalkanals von ventral inklusive Dekompression beider Nervenwurzeln, je Segment	149,66 €
8548	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8544 für ventrale Instrumentierung mit Platte bzw. instrumentiertem Cage, je Segment	73,32 €
8549	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8544 für Wirbelkörperersatz, einschließlich Wirbelkörperresektion, je Segment	199,55 €
8550	Ventrale Dekompression am kraniozervikalen Übergang über transoralen oder transnasalen oder ähnlichen Zugang, offen chirurgisch oder endoskopisch	1 451,46 €
8551	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8550 für ventrale Abstützung und/oder Instrumentierung	293,29 €
8552	Densverschraubung(en) (z.B. Knöringer-Schraube) und/oder transartikuläre Verschraubung(en) C1/2 von ventral, ggf. einschließlich zusätzlicher Augmentation(en) (z.B. mit Zement)	877,64 €
8553	Behandlung eines Wirbelkörpers bzw. einer Wirbeldeformität durch intravertebrale Auffüllung von dorsal/lateral, ein- oder beidseits, durch Vertebroplastie oder Kyphoplastie, ggf. einschließlich Reposition (minimalinvasiv oder offen) <i>Die Leistung nach Nummer 8553 ist neben der Leistung nach Nummer 8556 nicht berechnungsfähig. Das Kreuzbein (Sakrum) zählt als ein Wirbelkörper.</i>	655,64 €
8554	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8553 für jeden weiteren Wirbelkörper	184,13 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8555	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer, z.B. Extension nach Crutchfield oder Extension im Halo	134,05 €
8556	Geschlossene Reposition von luxierten und/oder gebrochenen Wirbelkörpern, -gelenken und/oder -bögen, einschließlich Anlage eines Zugverbands oder einer Extension	114,80 €
8557	Implantatentfernung(en) (z.B. Schrauben, Schrauben-Stab-Systeme, Platten und/oder Abstützvorrichtungen wie Cages, Bandscheibenprothesen und Wirbelkörperersatz, Zerklage(n), interspinöser Spacer, Haken)	816,06 €
8558	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8557 für transthorakalen oder retroperitonealen Zugang	234,32 €
8559	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8557 bei komplexer Metallentfernung (knöcherner Überbauung des Implantates und/oder mehr als 8 Schrauben und/oder Entfernung größer drei Segmente und/oder destruiertes Implantat-Entfernungsinstrument-Interface)	439,94 €
8560	Operation einer Wirbelsäulenfehlbildung mit Verschluss einer Meningo- und/oder Myelozele oder von Wurzelzyste(n) oder (Liquor-)Fistel(n) am Rückenmark und/oder an der Cauda equina, ggf. einschließlich - Duraersatz und/oder Verschiebeplastik - Dekompression von Nervenwurzeln - Rekalibrierung des Rückenmarkkanals - Knochenentnahme und/oder -transplantation	1 603,25 €
8561	Operation einer erworbenen Meningo- und/oder Myelozele oder von Wurzelzyste(n) oder (Liquor-)Fistel(n) am Rückenmark und/oder an der Cauda equina, ggf. einschließlich - Narbenresektion - Duraersatz und/oder Verschiebeplastik - Liquordrainage - Ergussentleerung - Durchleuchtungen - Knochenentnahme und/oder -transplantation	1 603,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8562	Operative Entfernung von raumbeengenden extraduralen Blutung(en), Abszess(en) im Spinalkanal/Foramen intervertebrale, auch beidseitig, in einem Segment, ggf. einschließlich - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik(en) - Neurolyse(n) - Gelenkpunktion(en) - Foraminotomie(n) - Nervenwurzellösung(en) - Abtragung von Spondylophyten - Prolapsabtragung(en) - Laminoplastie <i>Die Leistung nach Nummer 8562 ist neben der Leistung nach Nummer 8503, 8507, 8520, 8528, 8532, 8536, 8539, 8547 oder 8550 nicht berechnungsfähig.</i>	1 185,54 €
8563	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8562 für jedes weitere Segment	219,97 €
8564	Entfernung (auch mikrochirurgisch) eines spinalen (extradural und/oder intradural-extramedullär) Tumors und/oder Gefäßmissbildung in bis zu drei Segmenten, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Duraplastik(en) - Fettlappenplastik(en) - Foraminotomie(n) - Wirbelbogenresektion(en) oder -fensterung(en) - Nervenwurzellösung(en) - Abtragung von Spondylophyten - Prolapsabtragung(en) - Bandscheibenausräumung(en) - Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie) - Banddurchtrennung(en) - Laminotomie - Laminoplastie - Hemilaminektomie - Laminektomie - Flavektomie	2 380,18 €
8565	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8564 für die Ausführung in mehr als drei Segmenten	293,29 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8566	Entfernung (auch mikrochirurgisch) einer Durafistel, ggf. einschließlich - Undercutting - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Duraplastik(en) - Fettlappenplastik(en) - Foraminotomie(n) - Wirbelbogenresektion(en) oder -fensterung(en) - Nervenwurzellösung(en) - Abtragung von Spondylophyten - Prolapsabtragung(en) - Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie) - Banddurchtrennung(en) - Laminotomie - Hemilaminektomie - Laminektomie - Flavektomie	1 185,54 €
8567	Perkutane minimalinvasive intradiskale Operation an der Wirbelsäule, z.B. Chemonukleolyse, Perkutane Laser-Diskus-Dekompression (PLDD), Nukleoplastie, IDET, in einem Segment, ggf. einschließlich Stimulation	191,78 €
8568	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8567 für jedes weitere Segment	67,40 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8569	Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark, ggf. einschließlich - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik(en) - Foraminotomie(n) - Wirbelbogenresektion(en) oder -fensterung(en) - Nervenwurzellösung(en) - Abtragung von Spondylophyten - Prolapsabtragung(en) - Bandscheibenausräumung(en) - Banddurchtrennung(en) - Laminotomie - Hemilaminektomie - Laminektomie - Flavektomie	298,38 €
8570	Durchtrennung oder Verödung von Nervenbahnen am Rückenmark und/oder an der Medulla oblongata (auch mikrochirurgische Chordotomie), in einem Segment, auch Dorsal Root Entry Zone Lesion (DREZ-Lesion = Verkochung der Nervenwurzelhinterstrangeintrittszone), ggf. einschließlich - Duraplastik - Stimulationen - Chordotomie - Myelotomie - Neurolyse(n) - Gelenkdenervierung(en) - Fettlappenplastik(en) - Wirbelbogenresektion(en) oder -fensterung(en) - Abtragung von Spondylophyten - Banddurchtrennung(en) - Laminotomie - Hemilaminektomie - Laminektomie - Flavektomie	668,09 €
8571	Offen chirurgische Arthroplastik und/oder Denervation der Facettengelenke, in einem Segment, als selbständige Leistung, je Seite <i>Für die Denervation des Iliosakralgelenks kann die Leistung nach Nummer 8571 je Seite zweimal berechnet werden.</i>	161,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8572	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8571 für jedes weitere Segment, je Seite	66,48 €
8573	Perkutane Denervation der Facettengelenke, in einem Segment, als selbständige Leistung, je Seite <i>Für die Denervation des Iliosakralgelenks kann die Leistung nach Nummer 8573 je Seite zweimal berechnet werden.</i>	78,24 €
8574	Steißbeinresektion und/oder Resektion eines Steißbeinteratoms	1 062,38 €
8575	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch dorsale Instrumentation, ausgenommen mitwachsende Systeme, bis zu 8 Segmente, ggf. einschließlich - Reposition - Release und Instrumentierung - Knochenentnahme und -transplantation aus demselben Operationsfeld <i>Die Leistung nach Nummer 8575 ist neben der Leistung nach Nummer 8509 oder 8511 und/oder 8553 nicht berechnungsfähig. Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8575 und 8576 nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1 837,08 €
8576	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch ventrale Instrumentation, ausgenommen mitwachsende Systeme, bis zu 8 Segmente, ggf. einschließlich - Reposition - Release und Instrumentierung - Thorakotomie, auch Doppelthorakotomie - Knochenentnahme und -transplantation aus demselben Operationsfeld <i>Die Leistung nach Nummer 8576 ist neben der Leistung nach Nummer 8509 oder 8511 und/oder 8553 nicht berechnungsfähig. Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8575 und 8576 nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1 837,08 €
8577	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8575 oder 8576 ab dem 9. Segment	586,59 €
8578	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch dorsale Instrumentation mit mitwachsenden Systemen, bis zu 8 Segmente, ggf. einschließlich - Release und Instrumentierung - Reposition <i>Die Leistung nach Nummer 8578 ist neben der Leistung nach Nummer 8509, 8511 oder 8553 nicht berechnungsfähig. Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8578 und 8579 nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1 837,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8579	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch ventrale Instrumentation mit mitwachsenden Systemen, bis zu 8 Segmente, ggf. einschließlich - Release und Instrumentierung - Reposition - Thorakotomie, auch Doppelthorakotomie <i>Die Leistung nach Nummer 8575 ist neben der Leistungen nach Nummer 8509, 8511 oder 8553 nicht berechnungsfähig. Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8578 und 8579 nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1 745,31 €
8580	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8578 oder 8579 ab dem 9. Segment	586,59 €
8581	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8575, 8576 oder 8578 und/oder 8579 für eine Kostothorakoplastik, einschließlich Rippenbuckelresektion	219,97 €
8582	Nicht-operative Verlängerung oder Verkürzung eines mitwachsenden Implantates an der Wirbelsäule	149,89 €
8583	Epiphyseodese an der Wirbelsäule beim Kind oder Jugendlichen, an einem Wirbelkörper	495,31 €
8584	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8583 für jeden weiteren Wirbelkörper	78,91 €
8585	Offen chirurgische transpedikuläre Probeexzision	276,37 €
8586	Perkutane transpedikuläre Probeexzision	219,15 €
8587	Transfixation eines Iliosakralgelenks durch Schrauben	710,68 €
8588	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8587 für die Transfixation der kontralateralen Seite	219,97 €
8589	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8587 für eine zusätzliche Fusion, ggf. einschließlich - Anfrischen der Gelenkflächen - Einbringen von allogenen und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial, je Seite	97,76 €
8590	Duraverschluss, auch mittels Duraplastik	315,36 €
8591	Invasive Kopffixation (z.B. Mayfield-Klemme) zur intraoperativen Lagerung und ggf. geschlossenen Reposition	161,93 €
8592	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L VI für den Einsatz eines Navigationssystems in bis zu vier Wirbeln <i>Der Zuschlag nach Nummer 8592 ist je Operation einmal berechnungsfähig.</i>	226,82 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8593	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L VI für den Einsatz eines Navigationssystems ab dem fünften Wirbel	129,65 €
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 8593 ist je Operation einmal berechnungsfähig.</i>	
8594	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnittes L VI, die (ggf. in der Summe) mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 542,21 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist	25,53 €
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 8594 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8595 oder 8596 nicht berechnungsfähig.</i>	
	<i>Werden für die Leistungen in einem Segment oder Wirbelkörper mehrere operative Gebührennummern berechnet, werden die Beträge der Gebührennummern addiert, die für die Behebung des Rezidivs bzw. zur Durchführung der Revision berechnet wurden; die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags richtet sich nach dieser Summe.</i>	
	<i>In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.</i>	
	<i>Besteht das Rezidiv in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern, oder wird der Revisionseingriff in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern durchgeführt, kann je Segment bzw. je Wirbelkörper nur ein Zuschlag nach Nummer 8594, 8595 oder 8596 berechnet werden.</i>	
8595	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnittes L VI, die (ggf. in der Summe) mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 542,21 bis zu 1212,46 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist	94,83 €
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 8595 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8594 oder 8596 nicht berechnungsfähig.</i>	
	<i>Werden für die Leistungen in einem Segment oder Wirbelkörper mehrere operative Gebührennummern berechnet, werden die Beträge der Gebührennummern addiert, die für die Behebung des Rezidivs bzw. zur Durchführung der Revision berechnet wurden; die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags richtet sich nach dieser Summe.</i>	
	<i>In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.</i>	
	<i>Besteht das Rezidiv in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern, oder wird der Revisionseingriff in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern durchgeführt, kann je Segment bzw. je Wirbelkörper nur ein Zuschlag nach Nummer 8594, 8595 oder 8596 berechnet werden.</i>	

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8596	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnittes L VI, die (ggf. in der Summe) mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1212,46 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8596 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8594 oder 8595 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden für die Leistungen in einem Segment oder Wirbelkörper mehrere operative Gebührennummern berechnet, werden die Beträge der Gebührennummern addiert, die für die Behebung des Rezidivs bzw. zur Durchführung der Revision berechnet wurden; die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags richtet sich nach dieser Summe.</i> <i>In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.</i> <i>Besteht das Rezidiv in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern, oder wird der Revisionseingriff in mehreren Segmenten bzw. in mehreren Wirbelkörpern durchgeführt, kann je Segment bzw. je Wirbelkörper nur ein Zuschlag nach Nummer 8594, 8595 oder 8596 berechnet werden.</i>	183,69 €

VII. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie**11.07**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8700	Drahtumschlingung des Unterkiefers, je Kieferhälfte	72,95 €
8701	Kranio-faziale Drahtaufhängung, je Kieferhälfte	114,49 €
8702	Anlegen und Fixation einer dental getragenen Schiene im unverletzten Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	157,02 €
8703	Anlegen und ggf. Fixation von dental getragenen Verankerungselementen oder Insertion von MMF-Schrauben im Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	117,09 €
8704	Anlegen und Fixation einer ossär verankerten Hybridschiene im Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	173,41 €
8705	Anlegen und Fixation einer oder mehrerer Schiene(n), von dental getragenen Verankerungselementen oder Insertion von MMF-Schrauben im verletzten Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	224,91 €
8706	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8702, 8703, 8704 oder 8705 für die Okklusionssicherung	47,73 €
8707	Verschluss eines Defektes in der Schleimhaut des Mundes mit einer lokalen Schleimhautlappenplastik ohne Periostschlitzung, ein Lappen, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortständigem Gewebe - Spülungen - Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband	291,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8708	Verschluss eines Defektes in der Schleimhaut des Mundes mit einer lokalen Schleimhautlappenplastik mittels Spaltlappentechnik, ein Lappen, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Spülungen - Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband	279,08 €
8709	Verschluss eines Defektes in der Schleimhaut des Mundes mit einer lokalen Schleimhautlappenplastik ohne Periostschlitzung, je weiterer Lappen, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Spülungen - Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband	245,21 €
8710	Verschluss eines Defektes in der Schleimhaut des Mundes mit einer lokalen Schleimhautlappenplastik mittels Spaltlappentechnik, je weiterer Lappen, einschließlich Hebung, ggf. einschließlich - Mobilisieren - Einpassen und Fixieren des Lappens (z.B. mittels Nähten, Klammern, Wundverschlussstreifen) - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe - Spülungen - Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband	242,90 €
8711	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte, 3D-geprintete Positioning-Guides) am Ober- oder Unterkiefer	70,08 €
8712	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8711 für die Anpassung und operative Befestigung einer Verbandsplatte oder Resektionsprothese <i>Der Zuschlag nach Nummer 8712 ist neben der Leistung nach Nummer 9003 der GOZ für das Einbringen dentaler Implantate berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 8712 ist neben der Leistung nach Nummer 8739 berechnungsfähig.</i>	104,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8713	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen, z.B. maxillo-mandibuläre Fixation durch Drahtzerklagen oder Gummis, oder Stützapparaten (auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten), je Kieferhälfte	40,85 €
8714	Arthroskopie eines Kiefergelenks, einschließlich Lavage	190,72 €
8715	Operation einer Lippenspalte mit Längenausgleich der Lippenstümpfe, Präparation und Umorientierung des Ringmuskels, je Seite	342,15 €
8716	Operation einer beidseitigen Lippenspalte mit Längenausgleich der Lippenstümpfe, Präparation und Umorientierung des Ringmuskels	539,75 €
8717	Operation zur Bildung eines Nasenbodens, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 8717 ist neben der Leistung nach Nummer 9071 nicht berechnungsfähig.</i>	193,94 €
8718	Naseneingangsplastik, ggf. einschließlich - Mobilisierung der Nasenflügelbasis- und der Naseneingangsweichteile - Muskelnaht bzw. Muskelnähte - Verlagerung der Nasenflügelbasis - Nasenbodenbildung, je Seite	342,15 €
8719	Operation einer Kieferspalte als Gingivoperiostplastik, je Kieferhälfte	296,17 €
8720	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8719 für die Osteotomie eines Kieferanteils, ggf. einschließlich - Verlagerung - Fixation, je Osteotomie <i>Der Zuschlag nach Nummer 8720 ist bei einem Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht berechnungsfähig.</i>	84,92 €
8721	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8719 für die Lagerbildung in gleicher Sitzung	111,89 €
8722	Lagerbildung zur Aufnahme eines Transplantates als alleinige Leistung	161,56 €
8723	Primärer Verschluss des weichen Gaumens mit Muskelplastik	342,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8724	Sekundärer Verschluss des weichen Gaumens mit Muskelplastik	342,15 €
8725	Verschluss des harten Gaumens oder von Defekten im Bereich von hartem Gaumen, Nasenboden oder Vestibulum, je Defekt	329,40 €
8726	Velopharyngoplastik, zur Sprechverbesserung	298,95 €
8727	Plastisch-chirurgische Operation einer einfachen Gesichtsspalte (z.B. quere Gesichtsspalte), ggf. einschließlich Muskelpreparation und -verlagerung	431,29 €
8728	Plastisch-chirurgische Operation einer komplexen Gesichtsspalte (z.B. schräge Gesichtsspalte), ggf. einschließlich Muskelpreparation und -verlagerung	548,60 €
8729	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie oder Gaumennahterweiterung, ggf. einschließlich - Splint zur Verlagerung des Oberkiefers - intermaxillärer Fixation, ggf. auch mehrfach - Neurolyse des N. palatinus major bzw. Verlagerung des palatinalen Gefäß-Nervenbündels - Wundverschluss mittels Nahlappentechniken und/oder Vestibulumplastik - Verwendung von intraoral gewonnenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixation - Ablösen und/oder Verlagern von Muskeln zur Rezidivprophylaxe - Durchtrennung des Nasenseptums, je Kieferhälfte	798,67 €
8730	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, ggf. einschließlich - Splint zur Verlagerung des Unterkiefers - intermaxillärer Fixation, ggf. auch mehrfach - Wundverschluss mittels Nahlappentechnik und/oder Vestibulumplastik - Verwendung von intraoral gewonnenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixation - Ablösen und/oder Verlagern von Muskeln zur Rezidivprophylaxe, je Kieferhälfte	798,67 €
8731	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 oder 8730 für das Einbringen und die Fixation eines intra- oder extraoralen Distraktors, je Kieferhälfte <i>Der Zuschlag nach Nummer 8731 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8737 nicht berechnungsfähig.</i>	234,61 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8732	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 für die partielle Oberkieferresektion oder die funktionell indizierte knöcherne Ausformung des Nasenbodens, ggf. einschließlich - knöcherne Ausformung des Nasenseptums - Adaptierungsnaht der Nasenflügel zur Verhinderung einer Breitenase, je Kieferhälfte	158,24 €
8733	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8730 für die partielle Unterkieferresektion, je Kieferhälfte	176,46 €
8734	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 oder 8730 für zusätzliche Segmentierungen, je Segment	195,59 €
8735	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 oder 8730 für das Anbringen einer oder mehrerer Positionierungsplatte(n) zur Gelenkfixierung, je Kiefergelenk	130,40 €
8736	Osteotomie zur Verlagerung von zahntragenden Segmenten von Ober- oder Unterkiefer oder Mittelgesicht, ggf. einschließlich - Splint zur Verlagerung des Segmentes - Wundverschluss mittels Nahlappentechniken und/oder Vestibulumplastik - Verwendung von intraoral gewonnenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixierung - Ablösen und/oder Verlagern von Muskeln zur Rezidivprophylaxe, je Segment	466,95 €
8737	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730 oder 8736 für Osteosynthese(n)	175,96 €
8738	Kinnplastik, ggf. einschließlich - Osteosynthese(n) - Wundverschluss mittels Nahlappentechniken und/oder Vestibulumplastik - Ablösen und/oder Verlagern von Muskeln zur Rezidivprophylaxe	476,23 €
8739	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736 oder 8738 für digitale Planung und Erstellung CAD-gefertigter Splints, Positioning Guides oder Osteosynthese-/Rekonstruktionsplatten	361,80 €
8740	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736 oder 8738 für jeden weiteren Splint, Positioning Guide oder Osteosynthese-/Rekonstruktionsplatte, einschließlich Splintwechsel	52,11 €
8741	Nachstellen eines Distraktors, je Sitzung	34,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8742	Befundauswertung und Planung einer Operation des Abschnitts L VII, ggf. einschließlich digitaler Profilplanung <i>Die Leistung nach Nummer 8742 kann durch den Operateur oder Vorbehandler (z.B. MKG-Chirurg oder Kieferorthopäde) berechnet werden. Sie kann nur berechnet werden für Leistungen, die über die GOZ-Nummern 8000, 8010, 8020, 8060 und/oder 8080 hinausgehen.</i>	95,44 €
8743	Auffüllen eines Knochendefektes, z.B. nach Zystektomie, ggf. einschließlich - Verwendung von ortsständig gewonnenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixierung - Verwendung von Knochenersatzmaterial und/oder Membran, je zusammenhängendem Defekt	150,58 €
8744	Operation einer Kieferzyste, bis zu drei Zähne, durch Zystostomie, je Zyste	149,32 €
8745	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste oder eines ausgedehnten Kieferdefektes, über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich, durch Zystektomie, je zusammenhängendem Defekt	183,21 €
8746	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8745 für die Eröffnung der Kieferhöhle oder des Nasenbodens	54,90 €
8747	Operation einer Kieferhöhlenzyste durch Zystektomie, einschließlich Eröffnung und Verschluss der Kieferhöhle <i>Wird gleichzeitig ein Zahn entfernt oder eine vorbestehende Fistel verschlossen, kann der Verschluss in diesem Bereich gesondert berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 8747 ist neben der Leistung nach Nummer 9079 oder 9080 nicht berechnungsfähig.</i>	326,24 €
8748	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8747 für die Anlage eines Fensters der Kieferhöhle zur Nase <i>Der Zuschlag nach Nummer 8748 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8749 nicht berechnungsfähig.</i>	45,49 €
8749	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8747 für Infundibulotomie <i>Der Zuschlag nach Nummer 8749 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8748 nicht berechnungsfähig.</i>	97,85 €
8750	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung <i>Die Leistung nach Nummer 8750 ist neben der Leistung für die regelhafte Blutstillung bei einer offen chirurgischen Operation nicht berechnungsfähig.</i>	102,65 €
8751	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose größeren Umfanges über mindestens drei Zähne, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	102,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8752	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	185,49 €
8753	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik größeren Umfangs über mindestens drei Zähne oder große Tuberplastik	218,65 €
8754	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, ggf. einschließlich Neurolyse(n), je Kiefer	422,01 €
8755	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8753 oder 8754 für die operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose größeren Umfangs über mindestens drei Zähne, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	89,42 €
8756	Entfernung eines tiefliegenden Fremdkörpers oder Resektion von Knochengewebe oder Sequesterotomie, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Knochenanfrischung <i>Die Leistung nach Nummer 8756 ist neben der Leistung nach Nummer 3310 der GOZ nicht berechnungsfähig.</i>	122,69 €
8757	Reposition eines Zahnes	41,89 €
8758	Reposition eines zahntragenden Bruchstückes des Alveolarfortsatzes	145,39 €
8759	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8758 für die Verwendung von Osteosynthesematerial	50,12 €
8760	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes bei über den Alveolarfortsatz hinausgehender extremer Atrophie des Kieferkammes oder großen Kontinuitätserhaltenden Kieferdefekten mit 3-dimensionaler Rekonstruktion des Kiefers, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	221,02 €
8761	Geschlossene Reposition der Luxation eines Kiefergelenks	54,96 €
8762	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8761 für zusätzliche Verwendung eines Repositionsinstruments von intra- oder extraoral/transfazial	32,35 €
8763	Offene Reposition der Luxation eines Kiefergelenks	280,64 €
8764	Modellierende Ostektomie an einem Tuberculum articulare, ggf. einschließlich Weichteilkorrekturen, je Kiefergelenk	476,23 €
8765	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8763 oder 8764 für zusätzliche Korrektur der Diskusposition, ggf. mit Verankerung des Diskus	158,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8766	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8763 oder 8764 für zusätzliche modellierende Operation am Condylus mandibulae	260,79 €
8767	Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper aus einem Kiefergelenk, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Einlegen eines oder mehrerer Medikamententräger - Neurolyse(n)	280,64 €
8768	Arthroplastik oder Arthrolyse eines Kiefergelenks, ggf. einschließlich - Knorpelglättung - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper und/oder osteochondraler Fragmente und/oder Fremdkörper - Abtragung von Osteophyten/Exophyten/Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - plastischer Formung und/oder Resektion eines oder beider Gelenkpartner - Maßnahmen an Kapsel, Muskel(n), Sehne(n) und/oder Faszienewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Diskektomie	476,23 €
8769	Bandplastik, ggf. einschließlich - Synovialektomie - Diskektomie, je Kiefergelenk	313,98 €
8770	Operation der Ankylose eines Kiefergelenks, ggf. einschließlich Synovialektomie	594,96 €
8771	Exartikulation eines Kiefergelenks, ggf. einschließlich - Maßnahmen am verbleibenden Gelenkpartner - Versorgung der betroffenen Blutgefäße <i>Die Leistung nach Nummer 8771 ist neben der Leistung nach Nummer 8802, 8803 oder 8821 nicht berechnungsfähig.</i>	372,64 €
8772	Versorgung einer Kiefergelenkfortsatzfraktur, je funktioneller Einheit	499,51 €
8773	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 für eine Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur, je eigenständige Osteotomielinie	65,20 €
8774	Operative Versorgung einer Unterkieferfraktur, exklusive Gelenkfortsatz (übungsstabil), je funktioneller Einheit	441,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8775	Operative Versorgung einer Unterkieferfraktur, exklusive Gelenkfortsatz (funktionsstabil), je funktioneller Einheit	441,16 €
8776	Operative Versorgung einer Fraktur im Kiefergelenkwalzenbereich (Capitulum) oder hohe Unterkieferkollumfraktur <i>Die hohe Unterkieferkollumfraktur wie die Fraktur der Kiefergelenkwalze werden in der Regel über einen periaurikulären Zugang versorgt.</i>	476,23 €
8777	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8776 für einen zusätzlichen, räumlich getrennten intraoralen oder äußeren (transfazialen) Zugang zum Unterkiefer (ausgenommen Gelenkfortsatz), je anatomischer Untereinheit des Unterkiefers (z.B. Ramus, Kieferwinkel, Korpus, Symphyse, Processus coronoideus)	65,20 €
8778	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8776 für einen transbukkalen Zugang zum Unterkiefer (ausgenommen Gelenkfortsatz)	65,20 €
8779	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8776 für einen submandibulären, transoralen, retromandibulären, präaurikulären oder retroaurikulär (transmeatalen) Zugang zum Kiefergelenkfortsatz	65,20 €
8780	Versorgung einer Mittelgesichts- oder Orbitafraktur, ggf. einschließlich - eines primären Zugangs - Reposition - Fixation durch Osteosynthese im Bereich dieses Zugangs - Verwendung von intraoral gewonnenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixation - Kieferhöhlenrevision zur Sanierung traumabedingter Veränderungen, je Gesichtshälfte	708,74 €
8781	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für den transkonjunktivalen Zugang und Erweiterung zur lateralen Kanthotomie oder nach karunkulär <i>Der Zuschlag nach Nummer 8781 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8784 nicht berechnungsfähig.</i>	65,20 €
8782	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für die Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur, je eigenständige Osteotomielinie	65,20 €
8783	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für Erweiterung des knöchernen Zugangs zu in der Tiefe gelegenen Frakturen oder Verletzungen oder pterygomaxillärer Sprengung, je eigenständige Osteotomielinie	221,32 €
8784	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für den transkonjunktivalen Zugang <i>Der Zuschlag nach Nummer 8784 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8781 nicht berechnungsfähig.</i>	65,20 €
8785	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für einen transfazialen Zugang als primären Zugang <i>Der Zuschlag nach Nummer 8785 ist nur berechnungsfähig, wenn mit der Leistung nach Nummer 8780 als erster Zugang ein enoraler Zugang ausgeführt wird.</i>	65,20 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8786	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für jeden weiteren transfazialen Zugang <i>Der Zuschlag nach Nummer 8786 ist nur berechnungsfähig, wenn mit der Leistung nach Nummer 8780 als primärer Zugang ein transfazialer Zugang ausgeführt wird.</i>	65,20 €
8787	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für einen weiteren enoralen Zugang zur Maxilla bei Frakturen des Mittelgesichts	65,20 €
8788	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 für weitere Osteosynthese(n) im Naso-Orbito-Ethmoidal-Bereich oder für eine mediale und eine laterale Kanthopexie, je Gesichtshälfte	195,59 €
8789	Rekonstruktion einer Orbitabodenfraktur, ggf. einschließlich Implantation von alloplastischem Material zur Rekonstruktion des Orbitabodens	376,15 €
8790	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 oder 8789 für eine Rekonstruktion der Periorbita in der medialen, kranialen oder lateralen Zirkumferenz, einschließlich knöcherner Orbitawände	207,75 €
8791	Operative Reposition und Fixation einer Stirnhöhlenvorderwandfraktur durch Osteosynthese, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 8791 ist neben der Leistung nach Nummer 9094 nicht berechnungsfähig.</i>	719,54 €
8792	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780 oder 8791 für den kraniofazialen Zugang	294,59 €
8793	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8791 für die operative Reposition und Fixation einer Stirnhöhlenhinterwandfraktur durch Osteosynthese, je Seite	211,05 €
8794	Versorgung einer isolierten Jochbogenfraktur durch Hakenzugreposition, ggf. einschließlich speziellem Verband <i>Das Anlegen des speziellen Verbands (z.B. Pelotte) ist nach Nummer 8711 berechnungsfähig. Die Kosten für den speziellen Verband sind über § 10 berechnungsfähig.</i>	107,12 €
8795	Versorgung einer isolierten Jochbogenfraktur durch operative osteosynthetische Versorgung	279,08 €
8796	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je zuvor osteosynthetisch versorgter Frakturspalte	214,57 €
8797	Transorale En-bloc-Resektion eines Tumors im Bereich der Zunge, des Mundbodens oder des Unterkiefers, auch mittellinienüberschreitend, ggf. einschließlich - multipler Randschnitte - multipler Neurolysen	785,77 €
8798	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für einen extraoralen Zugang	181,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8799	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für die Osteosynthese und/oder Überbrückungsosteosynthese bei temporärer Unterkieferdurchtrennung	311,63 €
8800	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für eine zusätzliche Resektion über den Primärtumor hinaus in den angrenzenden Bereich der Lippe, Wange oder Zunge	77,91 €
8801	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für eine zusätzliche Resektion des Alveolarfortsatzes unter Erhalt der Unterkieferbasis zur vollständigen Entfernung eines Tumors im Bereich des Unterkiefers	259,69 €
8802	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für eine zusätzliche Kontinuitätsresektion des Unterkiefers zur vollständigen Entfernung eines Tumors im Bereich des Unterkiefers	233,72 €
8803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für eine zusätzliche Kontinuitätsresektion des Unterkiefers zur vollständigen Entfernung eines Tumors im Bereich des Unterkiefers mit Einbeziehung des Kiefergelenkköpfchens und Verwendung einer Überbrückungsosteosynthese	334,64 €
8804	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für die Nervpräparation des N. alveolaris inferior aus dem Unterkieferknochen bei nerverhaltender Unterkieferresektion	245,75 €
8805	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik <i>Wird der Zuschlag nach Nummer 8805 neben einer Leistung für einen mikrochirurgischen Lappen berechnet, ist nur ein Drittel dieses Zuschlags berechnungsfähig.</i>	313,28 €
8806	Transorale En-bloc-Resektion eines Tumors im Bereich der Wange, des Oberkiefers oder des Mittelgesichts, ggf. einschließlich - multipler Randschnitte - aller Osteotomielinien - Neurolysen aller sensiblen Nervenäste - Okklusionssicherung mit Schienung - Eröffnung und Revision der Kieferhöhle und/oder Nasenhaupthöhle	966,06 €
8807	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8806 für die Halbseitenresektion der Maxilla	270,32 €
8808	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8806 für die totale Resektion der Maxilla (beidseitig)	405,48 €
8809	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8806 für eine retromaxilläre oder schädelbasisnahe Tumorsektion einschließlich Schaffung von Zugangswegen und Osteotomie	378,93 €
8810	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8806 für eine Neurolyse des N. facialis	154,47 €
8811	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8806 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut- und/oder Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik <i>Wird die Leistung nach Nummer 8811 neben einer Leistung für einen mikrochirurgischen Lappen berechnet, ist nur ein Drittel dieses Zuschlags berechnungsfähig.</i>	325,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8812	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797 oder 8806 für Wangenaufklappung (midfacial degloving)	362,04 €
8813	Versorgung eines intra- und/oder extraoralen Defektes mit einem mikrochirurgisch anastomosierten und/oder gefäßgestielten Lappen, ggf. einschließlich - Präparation aller arteriellen und venösen Anastomosen am Einbringungsort - Präparation aller arteriellen und venösen Anastomosen am Entnahmeort - aller präparatorischer Maßnahmen zur Hebung, Modellation und Einbringung des Lappens, je eigenständiger Lappen <i>Die Leistung nach Nummer 8813 ist für Lappen aus Haut-, Fett-, Muskel- und/oder Faszienewebe berechnungsfähig.</i>	1 987,43 €
8814	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8813 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik <i>Der Zuschlag nach Nummer 8814 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8811 nicht berechnungsfähig.</i>	261,01 €
8815	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8813 für die Hebung und Einbringung eines mikrovaskulär anastomosierten knöchernen, muskulär-knöchernen, osteomyokutanen oder osteoseptokutanen Lappens, einschließlich aller Osteosynthesen und Fixierungen	1 932,30 €
8816	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8813 für die Versorgung des Entnahmedefektes durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik und/oder Spalthauttransplantat	191,00 €
8817	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8813 für über das Maß der bloßen Defektdeckung hinausgehende besondere plastische Maßnahmen, wie z.B. Mundwinkelrekonstruktion	236,28 €
8818	Versorgung eines ausgedehnten Knochendefektes mit einem oder mehreren außerhalb des Aufbaugesbietes entnommenen avaskulären Knochentransplantat(en), ggf. einschließlich - Osteosynthese(n) - Überbrückungsplatte(n)	606,63 €
8819	Lagerpräparation bei sekundärer Rekonstruktion, ggf. einschließlich Präparation aller Anschlussgefäße	288,99 €
8820	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8797, 8806 oder 8819 für die Freilegung des Operationsgebietes bei tiefliegenden, anatomisch schwierig zu präparierenden Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich mit Osteotomie und anschließender Osteosynthese	407,89 €
8821	Kontinuitätsresektion des Unterkiefers bei Einbeziehung des Kiefergelenkköpfchens und/oder Verwendung einer Überbrückungsosteosynthese	211,65 €
8822	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796, 8797, 8806, 8813, 8818, 8819 oder 8821 nach einer Bestrahlung	222,88 €
8823	Einbringen von Implantaten an einem Gesichtsteil, je Implantat	268,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8824	Operative Verlagerung des Mittelgesichts ab Le Fort-II-Ebene, ggf. einschließlich - Osteosynthese(n) - Splint - Wundverschluss mittels Nahlappentechniken - Verwendung von intraoral gewonnenem und/oder alloplastischem und/oder allogenem Knochenmaterial ohne gesonderte Fixierungsmaßnahmen, je Gesichtshälfte	798,67 €
8825	Frontoorbitales Advancement oder Le Fort-III-Osteotomie mit Vorverlagerung und frontoorbitalem Advancement, einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen, ggf. einschließlich - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n), je Gesichtshälfte	764,86 €
8826	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8780, 8824 oder 8825 für Resuspensionsverfahren des Gesichtsweichgewebemantels nach subperiostaler Ablösung, je Seite und funktioneller Einheit (Stirn, Temporalregion oder Mittelgesicht)	113,96 €
8827	Okzipitales Advancement, einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen, ggf. einschließlich - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n), je Gesichtshälfte	764,86 €
8828	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8824, 8825 oder 8827 für das Einbringen und die Fixation eines intra- oder extraoralen Distraktors, je Gesichtshälfte	135,96 €
8829	Kalottenremodelling einfach, ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	325,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8830	Kalottenremodelling komplex, ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	424,96 €
8831	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736, 8738, 8768, 8769, 8770, 8780, 8824 oder 8830 für Interposition von autologem (Knochen), alloplastischem oder allogenem Material (Knochen und/oder Weichgewebe) <i>Das interponierte autologe Material muss außerhalb des Operationsgebietes entnommen sein.</i>	117,31 €
8832	Hypertelorismus-Operation, ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	855,51 €
8833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8825, 8827, 8829, 8830 oder 8832 für Galea-Periost-Lappenplastik	117,31 €
8834	Endoprothetischer Teil- oder Totalersatz des Kiefergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Eingriffe an Muskel(n) und/oder Sehnen - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial - Kiefergelenksresektion	1 120,10 €
8835	Entfernung einer Teil- oder Totalendoprothese eines Kiefergelenks, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Eingriffen an Muskel(n) und/oder Sehnen - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	441,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8836	Entfernung und erneuter Einbau einer Teil- oder Totalendoprothese am Kiefergelenk, ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie - Eingriffen an Muskel(n) und/oder Sehnen - Ausräumung von nekrotischem Gewebe - Spongiosaplastik mittels ortsständiger Spongiosa an einer oder mehreren Lokalisationen - Verwendung mindestens eines ortsständig gewonnenen kortikospongiosen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	1 120,10 €
8837	Operative Entfernung eines sowohl retinierten als auch verlagerten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	159,62 €
8838	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736, 8738, 8743, 8744, 8745, 8752, 8753, 8756, 8760, 8767, 8768, 8770, 8771, 8789, 8824, 8825, 8827, 8832 oder 8837 für Neurolyse und/oder Verlagerung eines Nervens, je Kieferhälfte <i>Der Zuschlag nach Nummer 8838 ist bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	40,87 €
8839	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 290,66 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8839 ist neben der Leistung nach Nummer 8840 oder 8841 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	19,02 €
8840	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 290,66 EUR bis zu 574,54 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8840 ist neben der Leistung nach Nummer 8839 oder 8841 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	41,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8841	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 574,54 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8841 ist neben der Leistung nach Nummer 8839 oder 8840 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	94,62 €

VIII. Halschirurgie

11.08

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8900	Plastischer Verschluss eines Tracheostomas, ggf. einschließlich - Hautlappenplastik - Infiltrationsanästhesie	197,27 €
8901	Exstirpation eines persistierenden Ductus thyreoglossus (Lobus pyramidalis) oder einer medianen Halszyste, ggf. einschließlich - Darstellung der Fistel oder Zyste - Teilresektion des Zungenbeins - Infiltrationsanästhesie	296,29 €
8902	Divertikelspaltung im Halsbereich mit Myotomie des M. constrictor pharyngis, endoskopisch, ggf. einschließlich - Legen einer Magensonde - Anwendung eines Lasers - Anwendung eines Staplers - Infiltrationsanästhesie	218,66 €
8903	Divertikelresektion im Halsbereich mit Myotomie des M. constrictor pharyngis, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Legen einer Magensonde - Freipräparation der Speiseröhre - Ösophagusverschlussnaht - Infiltrationsanästhesie	383,41 €
8904	Exstirpation einer lateralen Halsfistel, ggf. einschließlich - Darstellung und/oder Sondierung der Fistel, des Fistelganges - Infiltrationsanästhesie	418,23 €
8905	Exstirpation einer lateralen Halszyste, ggf. einschließlich Infiltrationsanästhesie	301,03 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8906	Einseitige Entfernung einer gutartigen Veränderung der Schilddrüse oder Teilresektion der Schilddrüse einer Seite, ggf. einschließlich - Isthmusresektion - Nebenschilddrüsendarstellung - Darstellung des N. recurrens - intermittierendes Neuromonitoring - Infiltrationsanästhesie	356,98 €
8907	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906 für kontinuierliches Neuromonitoring	46,12 €
8908	Hemithyreoidektomie, ggf. einschließlich - Neuromonitoring und Darstellung des N. recurrens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie	501,25 €
8909	Entfernung von gutartigen Veränderungen der Schilddrüse an beiden Seiten (z.B. durch subtotale Schilddrüsenresektion), ggf. einschließlich - Neuromonitoring - Nebenschilddrüsendarstellung - Darstellung des N. recurrens - Infiltrationsanästhesie	544,52 €
8910	Thyreoidektomie, ggf. einschließlich - Neuromonitoring - Nebenschilddrüsendarstellung - Darstellung des N. recurrens - Infiltrationsanästhesie	897,25 €
8911	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906, 8908, 8909 oder 8910 für Parathyreoidektomie und Replantation der Nebenschilddrüse (Epithelkörperchen), je Nebenschilddrüse	134,82 €
8912	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906, 8908, 8909 oder 8910 für eine Neurolyse des N. recurrens auf einer Länge von mehr als 3 cm, einschließlich Mobilisation, Abpräparation und/oder Wiedereinbettung	115,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8913	Einseitige Entfernung von Nebenschilddrüsen (Epithelkörperchen), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Neuromonitoring - Darstellung des N. recurrens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie	632,13 €
8914	Beidseitige Entfernung der Nebenschilddrüse(n) (Epithelkörperchen), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Neuromonitoring - Nebenschilddrüsendarstellung - Recurrensdarstellung - Infiltrationsanästhesie	1 215,25 €
8915	Operation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst einer Seite als Komplettierungsoperation, ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. recurrens - Infiltrationsanästhesie - Nebenschilddrüsendarstellung - Reimplantation von Nebenschilddrüsgewebe - Darstellung und Eröffnung der Gefäßnervenscheide	704,12 €
8916	Operation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst beider Seiten, ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. recurrens - Infiltrationsanästhesie - Nebenschilddrüsendarstellung - Reimplantation von Nebenschilddrüsgewebe - Darstellung und Eröffnung der Gefäßnervenscheide	1 011,04 €
8917	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906, 8908, 8909, 8910, 8913, 8914, 8915 oder 8916 für Operation einer Immunthyreopathie oder Basedow-Struma	82,38 €
8918	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906, 8908, 8909, 8910, 8913, 8914, 8915 oder 8916 für Sternotomie	119,06 €
8919	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8906, 8908, 8909, 8910, 8915 oder 8916 für erhaltende Präparation (gefäßgestielt) und/oder Verlagerung einer oder beider Nebenschilddrüsen, je Seite	172,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8920	Transzervikale mediastinale Lymphknotendisektion bei bösartigen Tumoren der Hals- und Mediastinalregion, ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. reccurens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie - Reimplantation von Nebenschilddrüsenngewebe - Darstellung und Eröffnung der Gefäßnervenscheide	1 259,55 €
8921	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8920 für transsternalen Zugang, ggf. einschließlich - Darstellung Aortenbogen - Darstellung Lungenhili - Darstellung und ggf. Verlagerung des N. accessorius und Plexus	86,31 €
8922	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8920 für vorbestrahltes OP-Gebiet	276,60 €
8923	Transsternale zervikomediastinale Lymphknotendisektion bei bösartigen Tumoren der Hals- und Mediastinalregion, einschließlich Sternotomie, ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. reccurens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie - Reimplantation von Nebenschilddrüsenngewebe - Darstellung und Eröffnung der Gefäßnervenscheide - Darstellung und ggf. Verlagerung des N. accessorius und Plexus - Darstellung Aortenbogen - Darstellung Lungenhili	631,38 €
8924	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 1a und/oder 1b nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, ggf. einschließlich der Darstellung des N. lingualis und N. hypoglossus, je Seite	404,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8925	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 2a und/oder 2b nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, ggf. einschließlich der Darstellung des N. hypoglossus und des N. vagus, je Seite	404,17 €
8926	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 3 nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, ggf. einschließlich der Darstellung des N. vagus, je Seite	404,17 €
8927	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 4 nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, ggf. einschließlich der Darstellung des N. vagus, je Seite	404,17 €
8928	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 5a und/oder 5b nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, ggf. einschließlich der Darstellung des N. accessorius, je Seite	404,17 €
8929	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für Eröffnungs- und Verschlussleistung für mehr als 4 Level nach Robbins	57,54 €
8930	Neck dissection/Lymphknoten- und Weichgewebsausräumung des Level 6 nach Robbins oder Entfernung eines oder mehrerer Lymphknoten des gleichen Levels nach dem sentinel-node-Markierungsverfahren, einschließlich der intraoperativen Nutzung der Detektorsonde, je Seite	444,59 €
8931	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für die Resektion des M. sternocleidomastoideus	82,38 €
8932	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für die Unterbindung der V. jugularis interna	41,19 €
8933	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für die Operation nach erfolgter Radiotherapie und/oder Chemotherapie	164,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
8934	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für die Verlagerung und Neueinbettung eines weiteren in den Leistungen nicht genannten Hirnnerven bei einer Neck dissection, je Nerv <i>Verläuft ein Nerv über mehrere Level, ist der Zuschlag nur einmal berechnungsfähig.</i>	51,90 €
8935	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für Eröffnungs- und Verschlussleistung für 1 bis 2 Level nach Robbins	28,77 €
8936	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8930 für Eröffnungs- und Verschlussleistung für 3 bis 4 Level nach Robbins	43,16 €
8937	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 416,63 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8937 ist neben der Leistung nach Nummer 8938 oder 8939 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	41,72 €
8938	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 416,63 EUR bis zu 1044,33 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8938 ist neben der Leistung nach Nummer 8937 oder 8939 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	69,94 €
8939	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L VIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1044,33 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 8939 ist neben der Leistung nach Nummer 8937 oder 8938 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	162,88 €

IX. HNO-Chirurgie

11.09

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9000	Inzision an der Ohrmuschel, ggf. einschließlich - Versorgung eines Othämatoms oder -seroms - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie, je Seite	67,79 €
9001	Entfernung von erkranktem Gewebe der Ohrmuschel bis zu 1 cm Durchmesser, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Probenentnahme - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 9001 ist neben der Leistung nach Nummer 9014 nicht berechnungsfähig.</i>	122,09 €
9002	Entfernung von erkranktem Gewebe der Ohrmuschel größer als 1 cm Durchmesser, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Probenentnahme - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie, je Seite	197,63 €
9003	Resektion der Ohrmuschel, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Probenentnahme - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie, je Seite	234,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9004	Wundversorgung mehrschichtig an der Ohrmuschel, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung, je Seite <i>Für die Versorgung desselben Defektes sind neben der Leistung nach Nummer 9004 keine Leistungen aus Abschnitt L I berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 9004 ist neben der Leistung nach Nummer 9005 nicht berechnungsfähig.</i>	113,16 €
9005	Wundversorgung an der Ohrmuschel bei Substanzverlust von Haut und/oder Ohrknorpel, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung, je Seite <i>Für die Versorgung desselben Defektes sind neben der Leistung nach Nummer 9005 keine Leistungen aus Abschnitt L I berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 9005 ist neben der Leistung nach Nummer 9004 nicht berechnungsfähig.</i>	167,01 €
9006	Plastische Korrektur eines abstehenden Ohres (Ohrmuscheldysmorphie Grad 1), ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Hautplastiken - Haltenähte, je Seite	242,58 €
9007	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9006 für Anlegeplastik des Ohrläppchens, je Seite	37,66 €
9008	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9006 für den Einsatz von Knorpelplastik(en), je Seite	46,38 €
9009	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9006 für Knorpelumformung/-modellierung, je Seite	54,48 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9010	Partielle Ohrmuschelplastik (z.B. Reduktionsplastik, Korrektur eines Stahl- oder Schneckenohres, Ohrmuschelteilauflaufbau), ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knorpelinzisionen - Haltenähte - Hautplastiken, je Seite <i>Bei mehrzeitigem Vorgehen ist die Leistung nach Nummer 9010 mehrfach berechnungsfähig.</i>	413,78 €
9011	Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel, ggf. einschließlich - Nahlappenplastik(en) - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knorpelinzisionen - Knorpelreimplantationen - Haltenähte, je Seite	652,13 €
9012	Rekonstruktion des Ohres zur Aufnahme einer Epithese, ggf. einschließlich - Nahlappenplastik(en) - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knorpelinzisionen - Knorpelreimplantationen - Einbringen von enossalen Implantaten - Haltenähte, je Seite	563,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9013	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges bei Stenosen, ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knochenexzisionen - Knorpelinzisionen - lokale Hautplastiken - Ohrmikroskopie - Einbringen von Platzhalter(n) - Einlage von Silikonfolie - Tamponaden, je Seite	616,45 €
9014	Operation im äußeren Gehörgang, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Hautexzisionen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 9014 ist neben der Leistung nach Nummer 9001 nicht berechnungsfähig.</i>	198,75 €
9015	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9014 für Operation eines Gehörgangscholesteatoms, einer Stenose oder eines Tumors, ggf. einschließlich - Knochenexzisionen - Knorpellexzisionen - lokale Hautplastiken <i>Eine retroaurikuläre Spalthautentnahme oder eine sonstige Spalthautentnahme außerhalb des Operationsgebietes der Leistung nach Nummer 9015 ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Defektdeckung (Einnähen des Spalthauttransplantates) ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 9015 und ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	162,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9016	Operative Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 9016 ist neben der Leistung nach Nummer 4998 nicht berechnungsfähig. Fremdkörper im Sinne der Leistungsbeschreibung sind nur von außen in das Ohr gelangte Objekte, nicht z.B. Ohrschmalz oder Ohrschmalzpfropfen.</i>	36,45 €
9017	Operative Beseitigung von knöchernen Neubildungen im Bereich des äußeren Gehörgangs (z.B. Exostosen), ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knochenexzisionen - Knorpelinzisionen - Hautplastiken, je Seite <i>Eine retroaurikuläre Spalthautentnahme oder eine sonstige Spalthautentnahme außerhalb des Operationsgebietes der Leistung nach Nummer 9017 ist gesondert berechnungsfähig. Die Defektdeckung (Einnähen des Spalthauttransplantates) ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 9017 und ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	419,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9018	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei kompletter Atresie (kongenital oder z.B. posttraumatisch), auch unter Einschluss von Nahlappen und/oder Verschiebelappenplastiken, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpellexzisionen - Knochenexzisionen - Lappenmodellierung - Lappenanpassung - Einbringen von Platzhalter(n) - Einlage von Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite <i>Bei mehrzeitigem Vorgehen ist die Leistung nach Nummer 9018 je Sitzung für jede Seite berechnungsfähig.</i> <i>Eine retroaurikuläre Spalthautentnahme oder eine sonstige Spalthautentnahme außerhalb des Operationsgebietes der Leistung nach Nummer 9018 ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Defektdeckung (Einnähen des Spalthauttransplantates) ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 9018 und ist nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	579,85 €
9019	Eröffnung des Warzenfortsatzes und/oder Antrotomie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Eröffnen der Kortikalis - Spülung Wundgebiet, je Seite	242,91 €
9020	Aufrichtung und ggf. Schienung des Trommelfells vom Gehörgang aus (z.B. bei frischer Verletzung, Zerreißung oder Explosionstrauma, Schweißperlenverletzung), ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 9020 ist neben der Leistung nach Nummer 5004 nicht berechnungsfähig.</i>	106,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9021	Explorative Tympanotomie, auch mit Abdeckung von rundem und/oder ovalem Fenster, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Abtragung knöcherne Gehörgangswand - Trommelfellaufklappung - Gehörgangstamponade, je Seite	315,63 €
9022	Myringoplastik (Tympanoplastik Typ I), ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Faszien- oder Perichondriummentnahme im Ohrbereich und Versorgung der Entnahmestelle - Fixation mit Fibrinkleber - Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite	435,22 €
9023	Tympanoplastik Typ II bis IV mit Trommelfell- und/oder Gehörknöchelchenkettens-Rekonstruktion, ggf. einschließlich - Einbringung allogegen/alloplastischen Materials (z.B. Prothese), - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Faszien- oder Perichondriummentnahme im Ohrbereich und Versorgung der Entnahmestelle - Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite	929,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9024	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für Attikotomie oder Attikoantrotomie (vom Gehörgang aus), ggf. einschließlich Spülung Wundgebiet, je Seite	95,99 €
9025	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für Antrotomie, ggf. einschließlich - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Ausräumen des Mastoids - Fazialiskanaldarstellung - Spülung Wundgebiet, je Seite	143,98 €
9026	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für Anlage einer Ohrradikalhöhle, ggf. einschließlich - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Ausräumen des Mastoids - Spülung Wundgebiet	244,47 €
9027	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für die Abdeckung rundes und/oder ovales Fenster, Bogengang oder Cochlea mit Weichteilgewebe, Knorpelchips, Knochenmehl oder Transplantat, ggf. einschließlich - Abtragung knöcherner Gehörgangswand - Abdeckung rundes und/oder ovales Fenster mit Weichteilgewebe oder Transplantat, je Seite	95,99 €
9028	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für die Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand und/oder Verkleinerung der Radikalhöhle, ggf. einschließlich Gewinnung von Knorpel(haut)stückchen aus der gleichseitigen Ohrmuschel, je Seite	129,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9029	Entfernung eines auf die Mittelohrräume begrenzten Tumors und/oder Cholesteatoms, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Faszienentnahme und Versorgung der Entnahmestelle - Fixation mit Fibrinkleber - Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite	517,33 €
9030	Stapesplastik, Stapedotomie oder Stapedektomie, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Durchtrennung Steigbügel-Ambossgelenk, Stapessehne und/oder -schenkel - Gehörgangstamponade, je Seite	851,44 €
9031	Partielle Petrosektomie, ggf. einschließlich - Obliteration der OP-Höhle mit lokalem Gewebe - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Fazialiskanaldarstellung - Spülung Wundgebiet, je Seite	557,00 €
9032	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9031 für totale Petrosektomie, ggf. einschließlich Opferung des N. facialis <i>Die Rekonstruktion des N. facialis ist neben der Leistung nach Nummer 9032 gesondert berechnungsfähig.</i>	426,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9033	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand und/oder Verkleinerung einer Radikalhöhle, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Einbringung von alloplastischem Material und/oder lokalem Knorpel - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen aus der gleichseitigen Ohrmuschel - Gehörgangstamponade, je Seite	321,37 €
9034	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres ggf. mit Eröffnung, einschließlich - Mastoidektomie, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Darstellung lateraler und dorsaler Bogengang - Freilegung der Dura - Ableiten der Endolymph ins Mastoid, je Seite	616,29 €
9035	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9001, 9002, 9003 oder 9034 für temporäre Deckung mit alloplastischem Material	65,37 €
9036	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9034 für Einbringen von alloplastischen Materialien für Drainage	69,57 €
9037	Transtemporaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrmikroskopie - Eröffnen innerer Gehörgang - Entfernung eines Tumors - Durchtrennung von Hirnnerven - Entnahme Schädelknochendeckels und Refixation - Darstellung Felsenbeinpyramide an der Schädelbasis - Neuromonitoring des N. facialis, je Seite	1 529,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9038	Translabyrinthärer operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrmikroskopie - Eröffnen innerer Gehörgang - Entfernung eines Tumors - Durchtrennung von Hirnnerven - partieller Petrosektomie - Eröffnung des Labyrinths - Neuromonitoring des N. facialis, je Seite	1 476,96 €
9039	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung, einschließlich Neuromonitoring, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Mastoidektomie bzw. Radikaloperation - Freilegung des Fazialiskanals, je Seite	953,83 €
9040	Fazialisdekompression im Zusammenhang mit anderen Operationen, ggf. einschließlich - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Mastoidektomie bzw. Radikaloperation - Freilegung des Fazialiskanals - Neuromonitoring, je Seite	288,90 €
9041	Mastoidektomie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Ausräumen des Mastoids - Fazialiskanaldarstellung - Spülung Wundgebiet, je Seite	389,01 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9042	Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Mastoidfistel oder Exzision einer periaurikulären Fistel, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Darstellen, Sondieren und Verfolgen der Fistel - Eröffnen der Kortikalis, je Seite	299,70 €
9043	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9042 für die Darstellung der Dura/des Bogengangs, Ausräumen des Mastoids und/oder Fazialiskanaldarstellung	102,89 €
9044	Einseitige Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (CI) oder Wechsel eines Cochlea-Implantates, einschließlich Neuromonitoring, ggf. einschließlich - Auswahl des Implantates und der Elektroden und Planung der Implantation einschließlich der Sprachprozessorversorgung - Bildung von Muskelperiost- und evtl. notwendiger Hautlappen sowie Entnahme von Muskel- und Bindegewebe aus dem M. temporalis mit Anlage einer subperiostalen Tasche - Anlage einer Knochenvertiefung für das Implantat und notwendiger Bohrlöcher - Mastoidektomie und Tympanotomie - Probesondierung, Einbringung und Fixation des Elektrodenbündels sowie plastischer Verschluss der Cochleostomie - Einlegen der neutralen Elektrode unter den M. temporalis - Einsetzen und Befestigen des Implantatkörpers und Abdeckung durch Muskelperiostlappen einschließlich Hautlappenplastiken - Infiltrationsanästhesie mit Vasokonstriktorensatz - Gehörknöchelchenextraktion(en) und Cochleostomie(n) - ECAP-Messungen - Impedanzmessung <i>Weitere intraoperative Funktionsmessungen sind gesondert berechnungsfähig.</i>	1 789,38 €
9045	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9044 für die Erbringung bei einem Kind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 9045 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.</i>	193,14 €
9046	Explantation eines Cochlea-Implantates oder eines sonstigen teilimplantierbaren Hörgerätes, ggf. einschließlich Entfernung der Elektroden	336,49 €
9047	Implantation eines Knochenankers zur einseitigen Versorgung mit einem knochenverankerten Hörgerätesystem bei Mittelohrschwerhörigkeit (BAHA), ggf. einschließlich - Infiltrationsanästhesie mit Vasokonstriktorensatz - Bildung von Muskelperiost- und Hautlappen - Anlage eines Bohrloches oder mehrerer Bohrlöcher - Einbringung und Befestigung einer oder mehrerer Titanschrauben oder -hülsen - maximaler Ausdünnung und Enthaarung der umgebenden Haut	283,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9048	Freilegung eines Knochenankers zur einseitigen Versorgung mit einem knochenverankerten Hörgerätesystem bei Mittelohrschwerhörigkeit (BAHA) und Anbringen der Befestigungs-Installation bei zweizeitigem Vorgehen	149,75 €
9049	Einseitige Versorgung mit einem aktiven (teil)-implantierbaren Hörgerätesystem, ggf. einschließlich - Ankoppelung an Gehörknöchelchenkette oder Innenohr über ovales Fenster, rundes Fenster - Einbringen eines Mikrophones - Mastoidektomie, Tympanotomie - Einlegen der neutralen Elektrode unter den M. temporalis - Einsetzen und Befestigen des Implantatkörpers und Abdeckung durch Muskelperiostlappen einschließlich Hautlappenplastiken - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Gehörknöchelchenextraktion(en) - Ankoppelung an Gehörknöchelchenkette oder Innenohr über ovales Fenster, rundes Fenster; Einbringen eines Mikrophones	1 331,17 €
9050	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9021, 9022, 9023, 9030, 9044 oder 9049 für die mikroskopische Neurolyse und ggf. Verlagerung der Chorda tympani	46,38 €
9051	Operative Blutstillung bei unstillbarer Epistaxis, ggf. einschließlich - Eröffnung der Kieferhöhle und/oder der Siebbeinzellen - Darstellung des blutenden arteriellen Gefäßes und z.B. Klippung	348,51 €
9052	Reposition einer knöchernen Nasenfraktur, ggf. einschließlich - Anlage einer äußeren Schiene oder eines Gipses - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Nasentamponade	179,48 €
9053	Rhinophymoperation, auch mittels Lasereinsatz, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Blutstillung	224,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9054	Operative Teilentfernung der äußeren Nase, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen - temporäre Defektdeckungen, z.B. mit alloplastischen Materialien - Tamponade	333,12 €
9055	Operative Entfernung der gesamten äußeren Nase, ggf. einschließlich - Endoskopie - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen - temporäre Defektdeckungen, z.B. mit alloplastischen Materialien - Tamponade	410,27 €
9056	Operative Korrektur eines Nasenflügels, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel - Nasentamponade	235,16 €
9057	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9056 für das Einbringen eines Transplantates (z.B. Composite-Graft)	139,15 €
9058	Komplette Rekonstruktion eines Teiles der Nase bis zu einer Nasenhälfte und ggf. des Septums: Einarbeiten eines lokalen Lappens (z.B. Stirnlappen oder Wangenlappen), ggf. einschließlich - Lappenausformung(en) - Gerüstrekonstruktion - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Lappeneinpassung - Nasentamponade, je Sitzung	1 189,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9059	Komplette Rekonstruktion eines Teiles der Nase von mehr als einer Nasenhälfte bis zur totalen Nasenrekonstruktion und ggf. des Septums: Einarbeiten eines lokalen Lappens (z.B. Stirnlappen oder Wangenlappen), ggf. einschließlich - Lappenausformung(en) - Gerüstrekonstruktion - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Lappeneinpassung - Nasentamponade, je Sitzung	1 354,84 €
9060	Lappenausdünnung und Nasenausformung im zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach Nummer 9058 oder 9059, je Sitzung	328,88 €
9061	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9060 für die abschließende Rekonstruktion mit dem ausgedünnten Stirnlappen, ggf. einschließlich Augenbrauenrekonstruktion und Deckung des Hebedefektes in einer Sitzung	335,89 €
9062	Operative Entfernung von Fremdkörpern oder intranasalen Schienen und/oder Nasentamponaden aus dem Naseninnern, auch beidseitig, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 9062 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	81,10 €
9063	Operativer Eingriff in einer Nasenhaupthöhle, z.B. Muschelfrakturierung und/oder Muschelverkleinerung (Conchotomie) und/oder Muschelquetschung und/oder teilweise Abtragung einer Nasenmuschel (jeweils pro Nasenmuschel) und/oder Probeexzision(en) oder Elektrochirurgie oder Synechielösung oder Entfernung einzelner oder mehrerer Polypen der Nasenhaupthöhle, auch mehrfach in einer Sitzung, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Nasentamponade, je Nasenseite <i>Die Leistung nach Nummer 9063 ist für die Operation an derselben Muschel neben der Leistung nach Nummer 9064 nicht berechnungsfähig.</i>	131,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9064	Turbinoplastik (z.B. Conchoplastik, submuköse Conchotomie) an einer Nasenmuschel, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Nasentamponade <i>Die Leistung nach Nummer 9064 ist für die Operation an derselben Muschel neben der Leistung nach Nummer 9063 nicht berechnungsfähig.</i>	180,08 €
9065	Umfangreiche Exzision einer tumorösen Neoplasie in der Nasenhaupthöhle einer Seite, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Nasentamponade - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen	603,14 €
9066	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9065 für den Zugang über laterale Rhinotomie oder midface-degloving-approach, ggf. einschließlich Entfernung von Knochen	173,72 €
9067	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9065 für operative Eröffnung von Stirnhöhle und/oder Siebbeinzellen und/oder Keilbeinhöhle und/oder Kieferhöhle einer Seite von außen bei lateraler Rhinotomie oder midface-degloving-approach	142,21 €
9068	Plastischer Verschluss eines vorbestehenden vollschichtigen Defektes der Nasenscheidewand, ggf. einschließlich - plastische Korrektur der Nasenscheidewand - Bilden und Verlagern von endonasalen Schleimhaut-Lappen - Replantation lokal gewonnen Knorpels oder Knochens - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Abschwellende Maßnahmen - Nasenendoskopie	711,70 €
9069	Einsetzen oder Wechseln eines alloplastischen Platzhalters in einen Nasenseptumdefekt, ggf. einschließlich - Endoskopie - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - abschwellende Maßnahmen - Anpassen und Bearbeiten des Platzhalters	207,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9070	Submuköse Resektion des Nasenseptums, ggf. einschließlich - Septumschienung - Tamponade - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen	210,44 €
9071	Plastische Rekonstruktion am knöchernen und knorpeligen Nasenseptum und an den Weichteilen der Nasenscheidewand zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, auch unter Einschluss des Nasenbodens und/oder der Praemaxilla, des Vomer, der Lamina perpendicularis und operativer Verschmälerung des Nasensteges, ggf. einschließlich - Implantation von entnommenem Knorpel, Knochen oder Implantation von allogenem Material - Septumschienung - Tamponade - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	351,31 €
9072	Septorhinoplastik zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung und der äußeren Form der Nase, auch unter Einschluss des Nasenbodens und/oder des knorpeligen und knöchernen Nasengerüsts und/oder der Praemaxilla, des Vomer, der Lamina perpendicularis, zur Behandlung einer einzelnen äußeren Deformität (z.B. Höcker oder Sattel oder Spitzendeformität oder Schiefnase), ggf. einschließlich - Osteotomien - Höckerabtragung - Nasenspitzenplastik - operative Verschmälerung des Nasensteges - Replantation von intraoperativ entnommenem Knorpel und/oder Knochen - rekonstruierende Plastik der äußeren Nase - Septumschienung - Tamponade - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 9072 ist neben der Leistung nach Nummer 9070, 9071 oder 9073 nicht berechnungsfähig.</i>	498,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9073	Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren, knöchernen und knorpeligen Nase (Septorhinoplastik) auch unter Einschluss des Nasenbodens und/oder des knorpeligen und knöchernen Nasengerüsts und/oder der Praemaxilla, des Vomer, der Lamina perpendicularis, zur Behandlung mehrerer äußerer Deformitäten (z.B. Höcker oder Sattel oder Spitzendeformität oder Schiefnase), ggf. einschließlich - Replantation von intraoperativ lokal entnommenem Knorpel und/oder Knochen - Septumschienung - rekonstruierende Plastik der äußeren Nase - Tamponade - operative Verschmälerung des Nasensteges - Osteotomien - Höckerabtragung - Nasenspitzenplastik - Endoskopie - Abschwellen der Nase <i>Die Leistung nach Nummer 9073 ist neben der Leistung nach Nummer 9070, 9071 oder 9072 nicht berechnungsfähig.</i>	774,38 €
9074	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9072 oder 9073 für äußere Formkorrektur an den Knorpeln der Nasenspitze und den Zugang der offenen (Septo)-Rhino-plastik	158,09 €
9075	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9072 oder 9073 für die Transplantation von intraoperativ entnommenem Ohrknorpel	78,00 €
9076	Beseitigung eines membranösen und/oder knöchernen Choanenverschlusses oder einer Choanalatresie einer Seite, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Sondieren - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen - Einlegen von Platzhalterröhrchen - Nasentamponade	387,06 €
9077	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9076 für transpalatinalen Zugangsweg, ggf. einschließlich - Bildung eines palatinal-posterior gestielten Schleimhaut-Periost-Lappens - Entfernung Knochen harter Gaumen	221,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9078	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9076 für transpalatinalen Zugangsweg bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, ggf. einschließlich - Bildung eines palatinal-posterior gestielten Schleimhaut-Periost-Lappens - Entfernung Knochen harter Gaumen <i>Der Zuschlag nach Nummer 9078 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9077, 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.</i>	239,74 €
9079	Operative Eröffnung und/oder Ausräumung der Kieferhöhle einer Seite vom Mundvorhof aus, ggf. einschließlich - Fensterung(en) zum unteren Nasengang - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Knochenentnahme faziale Kieferhöhlenwand - Endoskopie	299,70 €
9080	Operative Eröffnung und/oder Ausräumung der Kieferhöhle einer Seite von der Nase aus, ggf. einschließlich - zusätzlicher Fensterung(en) - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Knochenentfernung - Endoskopie	156,57 €
9081	Plastischer Verschluss einer Kieferhöhlenfistel, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Fensterung Kieferhöhle und/oder Sinuskopie - Fisteldarstellung vom Mund aus - Schleimhautplastik - Endoskopie	370,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9082	Teilweise Eröffnung und/oder Ausräumung der vorderen und/oder hinteren Siebbeinzellen ohne Darstellung der Schädelbasis von der Nase aus, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Endoskopie - Tamponade	195,39 €
9083	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9082 für die komplette Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite von der Nase aus mit Darstellung der Schädelbasis	159,89 €
9084	Operative Eröffnung und/oder Ausräumung einer Keilbeinhöhle von der Nase aus, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Knochenentfernung - Endoskopie	210,44 €
9085	Operative Eröffnung und/oder Ausräumung der Stirnhöhle einer Seite von der Nase aus, ggf. einschließlich - Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle - Einbringung von Medikamenten - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Knochenentfernung - Endoskopie	299,70 €
9086	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9085 für komplettes Aufbohren des Stirnhöhlenzuganges	239,84 €
9087	Operative Eröffnung und/oder Ausräumung der Stirnhöhle einer Seite und/oder der Siebbeinzelle(n) einer Seite von außen, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bougierung/Stirnhöhleneröffnung - Knochenentfernung - Endoskopie	418,23 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9088	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9087 für Radikaloperation mit Resektion von Stirnhöhlenboden und -vorderwand	127,91 €
9089	Zuschlag zur den Leistungen nach Nummer 9065, 9079, 9082 oder 9087 für das osteoplastische Vorgehen, ggf. einschließlich Osteosynthese	78,46 €
9090	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9079, 9080, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087, 9093, 9094 oder 9098 für die Abdeckung der Schädelbasis bzw. der Deckung einer Liquorfistel von endonasal	139,15 €
9091	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9079, 9080, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087, 9093, 9094 oder 9098 für die Abdeckung der Schädelbasis bzw. der Deckung einer Liquorfistel von extranasal	137,05 €
9092	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9079, 9080, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087 oder 9094 für osteoplastisches Vorgehen: Entnahme der knöchernen Kieferhöhlenvorderwand oder Entnahme von Knochen an der Stirnhöhle, Replantation	173,72 €
9093	Punktion der Stirnhöhle einer Seite (Beck'sche Bohrung), ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hauteröffnung - Eröffnen der knöchernen Stirnhöhlenvorderwand - Endoskopie - Spülung und/oder Einbringung von Medikamenten	164,88 €
9094	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhle, ggf. einschließlich - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bougierung Stirnhöhle - Endoskopie - Osteosynthese - Einbringen von Knochen- und/oder Knorpeltransplantaten und/oder alloplastischen Transplantaten bei Transplantatgewinnung im Operationsbereich der Stirnhöhle	769,57 €
9095	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9094 für Zugang über einen Bügelschnitt (bifrontaler Galealappen-Zugang)	173,72 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9096	Mediandrainage der Stirnhöhlen, einschließlich - Eröffnung beider Stirnhöhlen - Resektion des Stirnhöhlenbodens, ggf. des kranialen Nasenseptums - Schaffen einer breiten beidseitigen Drainage zu den Nasenhaupthöhlen	302,62 €
9097	Ballonsinuplastie, ggf. einschließlich - Rhinoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Endoskopie - Bougierung/Sondierung Zugänge Nasennebenhöhle(n) - Nasentamponade	299,70 €
9098	Sondierung, Bougierung, Ausspülung und/oder Absaugung der Siebbeinzellen, Nasenhaupthöhle, Epipharynx, Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, auch mehrere dieser Höhlen auf einer Seite, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einbringung von Arzneimitteln - Abschwellen der Nase - Nasentamponade oder hohe Einlage <i>Die Leistung nach Nummer 9098 ist im zeitlichen Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	40,59 €
9099	Adenotomie, ggf. einschließlich - Lasereinsatz - Shaver - Elektrochirurgie	165,00 €
9100	Entfernung einer Neubildung im Epipharynx, auf den Epipharynx beschränkt <i>Die Leistung nach Nummer 9100 ist neben der Leistung nach Nummer 9099 nicht berechnungsfähig.</i>	299,70 €
9101	Partielle transzervikale Resektion des Oro- oder Hypopharynx, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einlegen einer Magensonde - lokale Schleimhautlappenverschiebeplastik/Lappenbildung	619,18 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9102	Totale transzervikale Resektion des Oro- oder Hypopharynx, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einlegen einer Magensonde - lokale Schleimhautlappenverschiebeplastik/Lappenbildung	791,42 €
9103	Tonsillektomie oder Entfernung von Tonsillenresten, auch beidseits, auch mittels Einsatz von Laser und/oder Elektrochirurgie und/oder anderer wärmegestützter Verfahren, ggf. einschließlich Mitentfernung von Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis oder der Zungengrundtonsille(n) oder Keilexzision(en) aus der Zunge	254,52 €
9104	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9103 für Tumortonsillektomie, transoral	198,75 €
9105	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9103 für Abszess-Tonsillektomie, einschließlich Abszesseröffnung, ggf. einschließlich Eröffnung eines peritonsillären und/oder supratonsillären und/oder retrotonsillären Abszesses	26,63 €
9106	Tonsillotomie (z.B. intrakapsuläre oder partielle Tonsillektomie), auch beidseits, auch mittels Einsatz von Laser und/oder Elektrochirurgie und/oder anderer wärmegestützter Verfahren, ggf. einschließlich Lasereinsatz	216,27 €
9107	Lokale transorale operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie, Tonsillotomie oder Adenotomie	122,09 €
9108	Transorale Eröffnung oder Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	154,83 €
9109	Transorale Eröffnung oder Wiedereröffnung eines para- oder retropharyngealen Abszesses, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	161,90 €
9110	Transorale operative Versorgung von Verletzungen im Mund- und/oder Rachenbereich, auch mit Entfernung von (eingespießten) Fremdkörpern, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	173,58 €
9111	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9110 für einen notwendigen Zugang von außen	268,36 €
9112	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone oder einer Abszedierung von Mundboden und/oder Zunge durch äußere Inzision oder transoral, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	184,67 €
9113	Entfernung von Gewebe der Zunge bis zu einem Drittel der Zunge, auch mittels Elektro-, Thermo- oder Kryotherapie oder Lasereinsatz, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	442,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9114	Teilweise Entfernung der Zunge von mehr als einem Drittel bis zur Hälfte der Zunge, transoral oder transzervikal, auch mittels Lasereinsatz, ggf. einschließlich - Unterbindung der A. lingualis - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	521,94 €
9115	Entfernung von mehr als der Hälfte der Zunge oder totale Entfernung der Zunge, transoral oder transzervikal, auch mittels Lasereinsatz, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	544,68 €
9116	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9114 oder 9115 für Pharynxteilresektion, transzervikal und/oder transoral, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Magensonde - Pharynxnaht - lokale Haut-/Schleimhaut(verschiebe)lappen	582,73 €
9117	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9114 oder 9115 für Mandibula-Teilresektion, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Defektdeckung Mundbodenbereich durch Einschlagen Wangenweichteile und Mobilisation	469,35 €
9118	Apparative Speichelsteinzertrümmerung (z.B. mit Laser- oder Stoßwellenlithotripsie transoral oder auch von zervikal)	225,42 €
9119	(Teil-)Entfernung einer Speicheldrüsenretentionszyste, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	125,98 €
9120	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges, ggf. einschließlich - Entfernung von Stenosen und/oder Steinen - Marsupialisation oder Gangrekonstruktion - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Sondierung Ausführungsgang	145,21 €
9121	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n), ggf. einschließlich - Exstirpation eines in der Speicheldrüse gelegenen Tumors (auch mikroskopisch) - Neurolyse (auch mit Nervenverlagerung und/oder -neueinbettung) von N. hypoglossus und N. lingualis - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	333,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9122	(Teil-)Entfernung einer Lippenspeicheldrüse oder eines enoral gelegenen Lippentumors, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie <i>Die Lippe zählt zur Haut, auch enoral.</i>	127,14 €
9123	Partielle Entfernung der Ohrspeicheldrüse (Parotis), ggf. einschließlich - Exstirpation eines in der Parotis gelegenen Tumors (auch mikroskopisch) - Neurolyse (auch mit Nervenverlagerung und/oder -neueinbettung) des N. facialis und seiner Äste - Neuromonitoring - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	1 124,94 €
9124	Totale Entfernung der Ohrspeicheldrüse (Parotis), ggf. einschließlich - Exstirpation eines in der Parotis gelegenen Tumors (auch mikroskopisch) - Neuromonitoring - Neurolyse (auch mit Nervenverlagerung und/oder -neueinbettung) des N. facialis und seiner Äste - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	1 224,95 €
9125	Operative Revision des Fistelgangs einer Speicheldrüsen- oder Speichelgangsfistel oder Speichelfistel, von intra- und/oder extraoral, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Steinen	182,57 €
9126	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf und/oder dem Hypopharynx, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einbringung von Arzneimitteln - Endoskopie - Absaugen	197,02 €
9127	Schwebe- oder Stützlarngoskopie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Anwendung eines Operationsmikroskops - Probeexzision(en) - Entfernung von Polypen oder anderen gutartigen Geschwülsten aus dem Kehlkopf und/oder dem Hypopharynx (Veränderungen, die nicht über die Schleimhautschicht hinausgehen)	129,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9128	Endolaryngeale Resektion oder Teilresektion einer oder beider Stimmlippen (Veränderungen, die über die Schleimhautschicht hinausgehen), auch mikroskopisch, ggf. einschließlich - Schwebe oder Stützlaryngoskopie - Probeexzision(en)	348,73 €
9129	Transorale Teilresektion eines über die Stimmlippe hinausgehenden oder supraglottischen oder Hypopharynx- oder Oropharynx-Tumors, auch unter Lasereinsatz, ggf. einschließlich - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Probeexzision(en) - Magensonde	546,50 €
9130	Uvulo-Palato-Pharyngoplastik oder Einbringen von Gaumenimplantaten zur Behandlung bei Schnarchen und/oder Obstruktivem Schlafapnoesyndrom (OSAS), auch beidseits, ggf. einschließlich Verwendung von Laser und/oder Radiofrequenzgerät	279,08 €
9131	Zungengrund-Resektion zur Behandlung bei Schnarchen und/oder Obstruktivem Schlafapnoesyndrom (OSAS), auch beidseits, ggf. einschließlich Verwendung von Laser und/oder Radiofrequenzgerät	197,93 €
9132	Operation zur Hebung des Zungenbeins und des Kehlkopfs von zervikal zur Behandlung von Schnarchen und/oder Obstruktivem Schlafapnoesyndrom (OSAS), ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	378,19 €
9133	Plastische Versorgung mit lokaler Schleimhaut an Pharynx oder Kehlkopf oder Trachea, auch unter Lasereinsatz, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einlegen einer Magensonde - Schleimhautlappenverschiebeplastik/Lappenbildung - Lappeneinpassung und Modellierung	413,78 €
9134	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für den Anschluss eines Magenhochzugs am Pharynx	328,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9135	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für mikrovaskulär anastomosiertes Transplantat (z.B. Unterarmlappen), einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Vorbereiten des Lappenlagers - mikrochirurgische Präparation der Anschlussgefäße - funktionell orientierte Einarbeitung des Lappens - mikrovaskulärer Anschluss mit mehr als zwei Anastomosen <i>Die Leistung nach Nummer 9135 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9138 nicht berechnungsfähig.</i>	139,15 €
9136	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für die Einbringung eines gestielten regionalen Lappens (z.B. Sternocleidomastoideus-Lappen, Platysma-Lappen, größere Hautverschiebelappen), einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Lappenbildung - Versorgung Entnahmestelle - Lappeneinpassung und Modellierung	194,71 €
9137	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für die Einbringung eines gestielten Fernlappens (z.B. Pectoralis major-Lappen, Latissimus dorsi-Lappen), einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Vorbereiten der Lappenstiellagerung - Vorbereiten und Einarbeiten des Lappenlagers - funktionell orientierte Einarbeitung des Lappens	456,38 €
9138	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für mikrovaskulär anastomosiertes Transplantat (z.B. Unterarmlappen), einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Vorbereiten des Lappenlagers - mikrochirurgische Präparation der Anschlussgefäße - funktionell orientierte Einarbeitung des Lappens - mikrovaskulärer Anschluss mit einer arteriellen und einer venösen Anastomose <i>Die Leistung nach Nummer 9138 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9135 nicht berechnungsfähig.</i>	914,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9139	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für Magenhochzug, einschließlich - Eröffnung des Abdomens - Mobilisation des Magens - Gefäßpräparation - schrittweiser Resektion der kleinen Kurvatur und schlauchförmige Umwandlung des Magens - schrittweiser zirkulärer Mobilisation des Ösophagus - pharyngogastrischer Anastomose - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	587,59 €
9140	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich, transoral, mikroskopisch und/oder endoskopisch, ggf. einschließlich - Lasereinsatz - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Probeexzision(en)	348,73 €
9141	Operative Versorgung einer (Trümmer-)Verletzung des Kehlkopfes/der Trachea von außen, ggf. einschließlich - Tracheotomie - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Stützautoskopie - Durchtrennung Schilddrüsenisthmus - Blutstillung - Endoskopie - Kartilago- oder Osteosynthese	953,83 €
9142	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9140 oder 9141 für das Einbringen eines Platzhalters	69,57 €
9143	Kehlkopfplastik mit Stimmlippenverlagerung oder glottiserweiternde Operation, z.B. Laterofixation oder Stimmlippenaugmentation, jeweils transoral, mikroskopisch und/oder endoskopisch, ggf. einschließlich - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Längsinzision Stimmband - Lösung Aryknorpel - Exzision Stimmbandmuskulatur	321,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9144	Kehlkopfteilresektion (vertikal oder horizontal) von außen, auch mikroskopisch, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Magensonde - Entfernung Anteile des Schildknorpels - Haut- und/oder Schleimhaut(verschiebe)lappen	520,62 €
9145	Totalexstirpation des Kehlkopfes, auch unter Anwendung eines Operationsmikroskops, ggf. einschließlich - Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	769,34 €
9146	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9144 oder 9145 für Mitentfernung von Teilen des Zungengrundes oder Pharynx und/oder Zungenbeines oder kranialen Anteilen des Ösophagus oder Teilen der Schilddrüse, einschließlich Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut	136,28 €
9147	Operative Rekonstruktion des Kehlkopfes bei Stenose oder Thyreoplastiken von außen, ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ausschneiden eines Knorpelfensters - Einsetzen Titaniumimplantat zur Medialisierung der Stimmlippe	573,92 €
9148	Einführung einer Silastikendoprothese oder eines Platzhalters in den Larynx- oder Trachealbereich, ggf. einschließlich - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	212,73 €
9149	Endoskopische, offen chirurgische oder transkutane Instillation(en) für die Brachytherapie im Kopf-Hals-Bereich, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	188,79 €
9150	Operative Augmentation bei laryngo-trachealer Stenose durch Rippenknorpelplastik von zervikal, einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Spaltung der Trachea <i>Die Leistung nach Nummer 9150 ist neben der Leistung nach Nummer 9151 oder 9152 nicht berechnungsfähig.</i>	694,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9151	Endoskopisch-operative Rekonstruktion von Larynx und/oder Trachea, ggf. einschließlich - Bougierung - Lasereinsatz - Stentimplantation - Stentplatzierung über Führungsdraht und Fixierung - Laserabtragung des die Stenose bedingenden Prozesses - Oberflächenanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 9151 ist neben der Leistung nach Nummer 9150 oder 9152 nicht berechnungsfähig.</i>	269,96 €
9152	Operative Rekonstruktion der Trachea von außen oder Tracheaquerresektion mit Re-Anastomose, einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Skelettierung/Mobilisierung der Trachea <i>Die Leistung nach Nummer 9152 ist neben der Leistung nach Nummer 9150 oder 9151 nicht berechnungsfähig.</i>	850,10 €
9153	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9152 für Mitresektion von Anteilen des Ringknorpels, crico-tracheale Resektion	413,78 €
9154	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9010, 9011, 9012, 9022, 9023, 9031, 9033, 9042, 9058, 9059, 9069, 9071, 9072, 9073, 9147 oder 9152 für die Entnahme Nasenseptum oder Ohrknorpel, einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	114,59 €
9155	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9010, 9011, 9012, 9058, 9059, 9069, 9071, 9072, 9073, 9094, 9143, 9147 oder 9152 für das Einbringen von Rippenknorpel oder Faszie oder Knochen (z.B. aus dem Beckenkamm) oder von alloplastischem Material, einschließlich Vorbereitung, Anpassung und Einarbeitung in die Empfängerregion	165,32 €
9156	Anlage einer pharyngotrachealen Sprechfistel und/oder Einlage einer Stimmprothese, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	215,85 €
9157	Entfernung und/oder Wechsel einer Stimmprothese, ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	115,52 €
9158	Epithelisierte, permanente Tracheotomie, auch Revision einer nicht epithelisierten Tracheotomie, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Wundrandanfrischung/-mobilisierung - Fixierung der (Haut-)Wundränder an die Trachea - Einführen der Trachealkanüle	276,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9159	Nicht epithelisierte, temporäre Tracheotomie oder Dilatationstracheotomie, ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Positionierung der Trachealkanüle über den Seldingerdraht - Entfernung des Drahtes	179,02 €
9160	Koniotomie (Interkrikothyreotomie), ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einführen der Trachealkanüle	198,75 €
9161	Phonomikrochirurgischer Eingriff bei Erkrankungen des Stimmlippenepithels, z.B. bei Phonationsverdickungen, Ektasien, Polypen unter Rekonstruktion der schwingenden Anteile der Lamina propria zur Wiederherstellung/Verbesserung der Stimmfunktionen	339,40 €
9162	Phonomikrochirurgischer Eingriff bei Erkrankungen des Reinke'schen Raumes, z.B. bei Zysten, Reinkeödem, Sulcus vocalis unter Rekonstruktion der schwingenden Anteile der Lamina propria zur Wiederherstellung der Stimmfunktionen	422,59 €
9163	Phonochirurgischer Eingriff an den Stimmlippen (z.B. Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen), einschließlich Lokalanästhesie	198,75 €
9164	Phonochirurgischer Eingriff zur Stimmfeminisierung beim Mann-Frau-Transsexualismus (z.B. Glottoplastik, Thyroplastik Typ IV)	388,45 €
9165	Phonochirurgischer Eingriff zur Behandlung der Stimmlippeninsuffizienz mittels Implantation von autologem Fettgewebe in eine/beide Stimmlippen, einschließlich Entnahme und Aufbereitung des subkutanen Fettgewebes	529,00 €
9166	Endoskopisch und/oder mikroskopisch gestützte Resektion oder Exstirpation eines Tumors oder sonstiger Raumforderungen in der Orbita, ggf. einschließlich - Präparation und ggf. Rekonstruktion der extraokulären Muskeln - Präparation und Verschluss intraorbitaler Blutgefäße - Präparation intraorbitaler Nerven <i>Der operative Zugangsweg zur Orbita (Orbitotomie) ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 9166 ist neben der Leistung nach Nummer 9171 oder 10387 nicht berechnungsfähig.</i>	904,77 €
9167	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9166 für laterale Orbitotomie, ggf. einschließlich temporärer Entnahme einer Knochenspange am lateralen Orbitarand und an der lateralen Orbitawand mit anschließendem Wiedereinsetzen und Osteosynthese	104,36 €
9168	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9166 für anteriore Orbitotomie, ggf. einschließlich Rekonstruktion des M. orbicularis oculi und des Septum orbitae	57,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9169	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9166 für mediane Orbitotomie, ggf. einschließlich - Resektion der Lamina papyracea - Eröffnung bzw. Resektion der Periorbita	57,98 €
9170	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9166 für transantrale Orbitotomie, ggf. einschließlich - Eröffnung der Kieferhöhle - teilweise Resektion und evtl. Rekonstruktion des Orbitabodens - Neurolyse des N. infraorbitalis	139,15 €
9171	Resektion von einer oder mehreren Wandung(en) der Orbita zur Dekompression, ggf. einschließlich - Präparation und ggf. Rekonstruktion der extraokulären Muskeln - Präparation und Verschluss intraorbitaler Blutgefäße - Präparation intraorbitaler Nerven, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 9171 ist neben der Leistung nach Nummer 9166 oder 10387 nicht berechnungsfähig.</i>	651,51 €
9172	Dekompression des N. opticus, ggf. einschließlich - Entfernung der knöchernen Wandung des Nervenkanals - Freilegung des Nervens - Schlitzung der Durascheide	620,09 €
9173	Medikamenteninduzierte Schlafendoskopie, ggf. einschließlich - kontinuierliche Messung von Puls bzw. EKG - Messung der Sauerstoffsättigung - Blutdruckmessung - Erfassung der Vigilanz, ggf. Hirnstrommessung - kontinuierliche Infusion - Abschwellen der Nase - Oberflächenanästhesie der Nase - fiberoptische Endoskopie über wenigstens zehn Minuten unter Sedierung von Pharynx, Larynx, oberer Trachea	128,03 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9174	Einsetzen eines Neurostimulators oder eines Schrittmachers im Bereich der zervikalen Hirnnerven (z.B. Vagusnerv-Stimulator, Hypoglossus-Stimulator, N. laryngeus recurrens-Stimulator), einschließlich - Präparation einer Weichteiltasche im Bereich des Halses oder der Thoraxwand zur Aufnahme des Stimulatorgenerators - Anbringen der Elektroden an den zu stimulierenden Nerven	819,76 €
9175	Zuschlag zu Leistungen der operativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde für operatives Vorgehen nach Strahlen- und/oder Chemotherapie	85,64 €
9176	Zuschlag zu den Leistungen der operativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde für den Einsatz eines Lasers <i>Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, sofern der Einsatz eines Lasers nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist.</i>	37,90 €
9177	Planung und Vorbereitung eines CAD-geplanten alloplastischen Materials für den Knochenersatz im Gesichtsschädel und Hirnschädel (exklusive notwendige Röntgenleistungen), je Implantat	73,52 €
9178	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 408,57 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9178 ist neben der Leistung nach Nummer 9179 oder 9180 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	22,46 €
9179	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 408,57 EUR bis zu 794,54 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9179 ist neben der Leistung nach Nummer 9178 oder 9180 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	49,31 €
9180	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L IX, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 794,54 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9180 ist neben der Leistung nach Nummer 9178 oder 9179 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	123,22 €

X. Thoraxchirurgie**11.10****Allgemeine Bestimmungen**

1. Die Leistungslegenden des Abschnitts L X beinhalten auch ohne explizite Aufzählung offene und minimalinvasive chirurgische Standardzugänge, Spülungen und Drainageeinlagen, mikrochirurgische Operationstechniken sowie Dichtigkeitsprüfungen von bronchialen und vaskulären Anastomosen.
2. Die Begriffe thorakoskopisch oder minimalinvasiv sind definiert über eine Schnittführung bis zu 4 cm ohne Einsatz eines Rippenspreizers.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9300	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite, bis zu vier stabilisierten Rippen <i>Die Osteosynthese(n) sind über die Leistungen nach Abschnitt L II berechnungsfähig.</i>	760,36 €
9301	Anlage einer Thorax- und/oder Mediastinaldrainage, als selbständige Leistung	216,86 €
9302	Thorakoskopische Sympathektomie, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n), je Seite	255,29 €
9303	Thorakoskopische Sympathikusblockade mittels Clipanlage, je Seite	258,44 €
9304	Offen chirurgischer Verschluss einer Chylusfistel, ggf. einschließlich - Darstellung des Stumpfes durch Fettinfusion - Thoraxdrainage(n)	870,57 €
9305	Thorakoskopischer Verschluss einer Chylusfistel, ggf. einschließlich - Darstellung des Stumpfes durch Fettinfusion - Thoraxdrainage(n)	629,55 €
9306	Inkomplette oder komplette Resektion einer Halsrippe oder der ersten Rippe transaxillär, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n), je Seite	577,23 €
9307	Inkomplette Thorakoplastik (bis zu vier Rippen), auch als Korrekturthorakoplastik, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	632,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9308	Komplette Thorakoplastik (mehr als vier Rippen), auch als Korrekturthorakoplastik, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	1 051,92 €
9309	Offen chirurgische osteoplastische Operation einer Brustwanddeformität (Pectus carinatum), ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	919,82 €
9310	Minimalinvasive osteoplastische Operation einer Brustwanddeformität (Pectus carinatum) nach Nuss, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	580,50 €
9311	Offen chirurgische osteoplastische Operation einer Brustwanddeformität (Pectus excavatum), ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	1 051,92 €
9312	Minimalinvasive osteoplastische Operation einer Brustwanddeformität (Pectus excavatum) nach Nuss, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	697,83 €
9313	Resektion eines schichtübergreifenden Prozesses der Brustwand, einschließlich Resektion einer Rippe	655,60 €
9314	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9313 für Resektion von zwei bis fünf Rippen oder Sternumteilresektion	253,99 €
9315	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9313 für Resektion von mehr als fünf Rippen oder Sternumkomplettresektion	380,99 €
9316	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9313 für Defektdeckung mit alloplastischem Material	190,49 €
9317	Anlage eines Thoraxfensters (z.B. offene Behandlung eines Lungenempyems), einschließlich Rippenresektionen, Spülung und Tamponade	468,37 €
9318	Kollare Inzision des Mediastinums, ggf. einschließlich Drainage(n)	459,59 €
9319	Mediastinoskopie, ggf. einschließlich - Gewebeentnahme(n) - Drainage(n)	582,93 €
9320	Minimalinvasive Resektion eines extrapulmonalen Sequesters, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	586,97 €
9321	Offen chirurgische Resektion eines extrapulmonalen Sequesters, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	787,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9322	Minimalinvasive Totalexzision eines Mediastinaltumors, z.B. eines Thymoms	1 009,72 €
9323	Offen chirurgische Totalexzision eines Mediastinaltumors, z.B. eines Thymoms	1 238,01 €
9324	Offen chirurgisch partielle Pleurektomie, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse	655,60 €
9325	Thorakoskopisch partielle Pleurektomie, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse	582,67 €
9326	Offen chirurgisch komplette Pleurektomie, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n), je Seite	787,71 €
9327	Thorakoskopisch komplette Pleurektomie, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n), je Seite	935,03 €
9328	Offen chirurgisch komplette Dekortikation der Lunge, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	1 035,87 €
9329	Thorakoskopisch komplette Dekortikation der Lunge, ggf. einschließlich - Thoraxdrainagen(n) - Adhäsiolyse, je Seite	977,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9330	Offen chirurgisch inkomplette Dekortikation der Lunge, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	655,60 €
9331	Thorakoskopisch inkomplette Dekortikation der Lunge, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	679,34 €
9332	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9324, 9325, 9326, 9327, 9328, 9329, 9330 oder 9331 für hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC)	521,47 €
9333	Offen chirurgische Ausräumung eines Hämothorax, Serothorax und/oder Pleuraergusses, einschließlich Debridement, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	523,49 €
9334	Thorakoskopische Ausräumung eines Hämothorax, Serothorax und/oder Pleuraergusses, einschließlich Debridement, ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	582,67 €
9335	Offen chirurgische Ausräumung eines Pleuraempyems, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n), je Seite	787,71 €
9336	Thorakoskopische Ausräumung eines Pleuraempyems, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n), je Seite	817,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9337	Offen chirurgisch partielle Zwerchfellresektion von thorakalem Zugang aus, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Brustorganen - Zwerchfellnaht, je Seite	523,49 €
9338	Thorakoskopisch partielle Zwerchfellresektion von thorakalem Zugang aus, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Brustorganen - Zwerchfellnaht, je Seite	535,39 €
9339	Offen chirurgisch partielle Zwerchfellresektion von transabdominalem Zugang aus, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Zwerchfellnaht, je Seite	567,53 €
9340	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9337 oder 9339 für Zwerchfellrekonstruktion (alloplastischer Ersatz) <i>Der Zuschlag nach Nummer 9340 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9342 nicht berechnungsfähig.</i>	220,18 €
9341	Laparoskopisch partielle Zwerchfellresektion von transabdominalem Zugang aus, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Zwerchfellnaht, je Seite	655,60 €
9342	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9337, 9338, 9339 oder 9341 für Zwerchfellraffung <i>Der Zuschlag nach Nummer 9342 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9340 nicht berechnungsfähig.</i>	264,22 €
9343	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	367,70 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9344	Thorakoskopie zu diagnostischen Zwecken, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	186,67 €
9345	Offen chirurgische Keilresektion (atypische Resektion) der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n) <i>Die Leistung nach Nummer 9345 ist neben der Leistung nach Nummer 9346 nicht berechnungsfähig.</i>	679,34 €
9346	Thorakoskopische Keilresektion (atypische Resektion) der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n) <i>Die Leistung nach Nummer 9346 ist neben der Leistung nach Nummer 9345 nicht berechnungsfähig.</i>	679,34 €
9347	Offen chirurgische Lobektomie der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	758,30 €
9348	Thorakoskopische Lobektomie der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	1 192,81 €
9349	Offen chirurgische Segmentresektion der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n), je Segment	787,71 €
9350	Thorakoskopische Segmentresektion der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse, - Thoraxdrainage(n), je Segment	729,79 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9351	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9352 für zusätzliche Segmentresektion, je entferntem Segment	196,24 €
9352	Offen chirurgische Bilobektomie der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	1 051,92 €
9353	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9352 für jede offen chirurgische Keilresektion an der Lunge, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n) <i>Der Zuschlag nach Nummer 9353 ist mehrfach berechnungsfähig.</i>	218,05 €
9354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9352 für jede thorakoskopische Keilresektion an der Lunge, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n) <i>Der Zuschlag nach Nummer 9354 ist mehrfach berechnungsfähig.</i>	65,41 €
9355	Thorakoskopische Bilobektomie der Lunge, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	974,99 €
9356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352 oder 9355 für das Anzügeln der zentralen Pulmonalarterie (Shuntreduzierung)	50,26 €
9357	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352 oder 9355 für Pleurodese	87,22 €
9358	Offen chirurgische Pneumonektomie, ggf. einschließlich - Bronchusstumpfverschluss mit Pleura- oder Muskellappen - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	919,82 €
9359	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9324, 9326, 9335, 9337, 9339, 9343, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9352 oder 9358 für Teildekortikation der Lunge, offen chirurgisch,	174,44 €
9360	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9320, 9321, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355 oder 9358 für Eingriff beim Kind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 9360 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.</i>	190,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9361	Thorakoskopische Pneumonektomie, einschließlich Bronchusstumpfverschluss mit Pleura- oder Muskellappen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	824,19 €
9362	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für Perikard(teil)resektion <i>Der Zuschlag nach Nummer 9362 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9407 nicht berechnungsfähig.</i>	87,22 €
9363	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für Omentum majus-Transposition	523,32 €
9364	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9358 oder 9361 für Bifurkationsresektion	224,93 €
9365	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für eine Vorhofteilresektion, ggf. einschließlich Eingriff am Perikard <i>Der Zuschlag nach Nummer 9365 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9362 nicht berechnungsfähig.</i>	130,83 €
9366	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für einen rekonstruktiven Eingriff an der V. cava mit Cavaresektion und ggf. Interponat bei erworbener Stenose oder Verschluss	610,54 €
9367	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für eine partielle Brustwandresektion	130,83 €
9368	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9358 oder 9361 für komplette parietale Pleurektomie <i>Der Zuschlag nach Nummer 9368 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9359 oder 9378 nicht berechnungsfähig.</i>	201,05 €
9369	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für einen zusätzlichen Eingriff am Ösophagus (z.B. Tangentialresektion und/oder -rekonstruktion)	261,66 €
9370	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für die zusätzliche Neurolyse(n) des N. phrenicus und/oder N. vagus und/oder N. recurrens	65,41 €
9371	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für eine plastische Deckung mit Fremdmaterial	130,83 €
9372	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für die Rekonstruktion der V. anonyma	196,24 €
9373	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9346, 9348, 9350, 9355 oder 9361 für mediastinale ipsilaterale Lymphknotendissektion (N2)	143,55 €
9374	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für Interkostalmuskel- oder Zwerchfellflap	174,44 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9375	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für partielle Zwerchfellresektion von thorakalem Zugang aus, ggf. auch einschließlich - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Brustorganen - Zwerchfellraffung - Zwerchfellrekonstruktion - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Seite	109,02 €
9376	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für partielle Zwerchfellresektion von transabdominalem Zugang aus, ggf. auch einschließlich - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Brustorganen - Pleuradefektverschluss - Zwerchfellraffung - Zwerchfellrekonstruktion - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Seite	196,24 €
9377	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für komplette Zwerchfellresektion von transabdominalem Zugang aus, ggf. auch einschließlich - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Brustorganen - Zwerchfellraffung - Zwerchfellrekonstruktion - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion, je Seite	261,66 €
9378	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358 oder 9361 für Teildekortikation der Lunge, je Seite	196,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9379	Endoskopische transtracheale Rekonstruktion der Trachea nach Verletzung (Angelillo-MacInlay)	919,82 €
9380	Bronchotomie zur Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	492,15 €
9381	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9380 für separat und gezielt durchgeführte, radikale, systematische mediastinale Lymphknotendisektion, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Gefäßen und Organen - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Mediastinum <i>Der Zuschlag nach Nummer 9381 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 9381 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10638 oder 10801 nicht berechnungsfähig.</i>	174,44 €
9382	Isolierte Bronchusresektion mit Anastomosierung ohne Lungenresektion, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	787,71 €
9383	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9382 für die zusätzliche Bronchusstumpfabdeckung und/oder Anastomosendeckung (Gefäß und/oder Bronchus), V. azygos-Stumpf, Perikardflap, perikardiales Fettflap oder Thymusdrüse	130,83 €
9384	Parasternale Mediastinotomie und/oder Mediastinoskopie, ggf. einschließlich - Gewebeentnahme - Exzision erkrankten Gewebes - partieller Lymphadenektomie - Thoraxdrainage(n)	497,13 €
9385	Mediastinoskopisch durchgeführte komplette systematische Lymphknotendisektion (VAMLA), einschließlich Darstellung der Lymphknotenstationen (paratracheal beidseits (2), tracheobronchial beidseits (4), infracarinal (7))	647,87 €
9386	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9385 für erweiterte Mediastinoskopie (Ginsberg/Specht), einschließlich Darstellung der Lymphknotenstationen 5 und 6 links	107,66 €
9387	Brustkorberöffnung bei tiefer Wundinfektion und/oder sekundärer Wundheilung, ggf. einschließlich Spülbehandlung	523,49 €
9388	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9335, 9336 oder 9387 für intrathorakale Vakuumbehandlung	107,66 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9389	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9387 für Verschiebelappenplastik	396,32 €
9390	Eingriff am Tracheo-Bronchialsystem (z.B. Übernähung bei Verletzung und/oder Versteifung), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	787,71 €
9391	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9390 für Einbringung von allogenem oder alloplastischem Material	253,99 €
9392	Offen chirurgischer Eingriff zum Verschluss einer Parenchymfistel, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	375,54 €
9393	Thorakoskopischer Eingriff zum Verschluss einer Parenchymfistel, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	355,95 €
9394	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9392 oder 9393 bei bronchopleuraler Fistel	161,49 €
9395	Explantation des Spenderorgans für Lungentransplantation (einseitig), postmortal	432,92 €
9396	Explantation des Spenderorgans für Lungentransplantation (beidseitig)	650,81 €
9397	Explantation des Spenderorgans für Lungentransplantation (einseitig), beim Lebendspender	498,61 €
9398	Explantation eines (Teil)-Spenderorgans für Lungentransplantation, beim Lebendspender	752,61 €
9399	Lungentransplantation, einseitig: Pneumonektomie und Implantation beim Empfänger, einschließlich - Präparation des Spenderorgans - erforderliche Gefäß- und Bronchusanastomosen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	895,72 €
9400	Lungentransplantation, beidseitig: Pneumonektomie und Implantation beim Empfänger, einschließlich - Präparation des Spenderorgans - erforderliche Gefäß- und Bronchusanastomosen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	1 458,06 €
9401	Offen chirurgische Resektion eines Pleuratumors, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	523,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9402	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9401 für die komplette, ipsilaterale Pleurektomie	150,79 €
9403	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9347, 9349, 9352 oder 9401 für lokoregionale Lymphknotendisektion (N1)	130,83 €
9404	Thorakoskopische Resektion eines Pleuratumors, ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	535,39 €
9405	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9346, 9348, 9350, 9355 oder 9404 für lokoregionale Lymphknotendisektion (N1)	107,66 €
9406	Extrapleurale Pleuropneumonektomie mit Perikard- und Zwerchfellresektion, einschließlich Zwerchfellersatz, ggf. einschließlich - intraperikardialer Gefäßversorgung - Thoraxdrainage(n)	1 448,25 €
9407	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9324, 9326, 9335, 9337, 9339, 9343, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9406 für Eingriff am Perikard mit zusätzlichem Perikardersatz <i>Der Zuschlag nach Nummer 9407 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9362 nicht berechnungsfähig.</i>	130,83 €
9408	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9406 für die Anlage einer Bronchusmanschette und/oder Bronchusplastik (ausgenommen Bronchusverschluss per Klammernaht und/oder Handnaht)	261,66 €
9409	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9406 für die Anlage einer Gefäßmanschette und/oder Patchplastik und/oder Prothese	174,44 €
9410	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9352, 9355, 9361 oder 9406 für die Anlage einer Gefäßtangentialnaht	87,22 €
9411	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9352, 9353, 9355, 9358, 9361 oder 9406 für partielle Pleurektomie, je Seite	109,02 €
9412	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9347, 9349, 9352, 9358 oder 9406 für mediastinale ipsilaterale Lymphknotendisektion (N2)	130,83 €
9413	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Thoraxdrainage, ggf. einschließlich Einbringung von Arzneimitteln	77,42 €
9414	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L X für erweiterte Adhäsiolyse/Pleurolyse, bei Zustand nach Trauma, Pneumonie, Radiatio, Induktions-Chemotherapie	253,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9415	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 980,03 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9415 ist neben der Leistung nach Nummer 9416 oder 9417 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	81,29 €
9416	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 980,03 EUR bis zu 1341,34 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9416 ist neben der Leistung nach Nummer 9415 oder 9417 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	136,33 €
9417	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L X, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1341,34 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9417 ist neben der Leistung nach Nummer 9415 oder 9416 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	205,02 €

XI. Herzchirurgie**11.11**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9500	Eröffnen des Operationsgebietes bis zum Anschluss der Herz-Lungen-Maschine oder der operativen Kernleistung, einschließlich - Exploration - Wundverschluss - Drainage(n) - Drahtzerklagen	536,29 €
9501	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 bei ausgeprägten intrathorakalen Verwachsungen aufgrund von zwei oder drei Voroperationen	123,57 €
9502	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 bei ausgeprägten intrathorakalen Verwachsungen aufgrund von vier oder mehr Voroperationen	219,96 €
9503	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 für nicht mittels kompletter Sternotomie durchgeführte Eingriffe, je Sitzung	405,81 €
9504	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 für Hypothermie mit einer Körperkerntemperatur von 25 °C oder weniger	67,63 €
9505	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 bei ausgeprägten intrathorakalen Verwachsungen aufgrund einer Voroperation und/oder aufgrund einer Strahlentherapie im Operationsgebiet	437,97 €
9506	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 für Eingriff bei intraoperativ nachgewiesener florider Endokarditis	67,63 €
9507	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 für Patientengewicht unter 3.000 Gramm	343,11 €
9508	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9500 für Patientengewicht von 3 bis 10 kg	171,56 €
9509	Anschluss an und Entwöhnung von Herz-Lungen-Maschine, einschließlich - Kanülierung, Dekanülierung - Myokardprotektion, Kardioplegie - ggf. elektrischer Rhythmisierung - Anlage von Schrittmacherelektroden - Leistenfreilegung	402,82 €
9510	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9509 für den Betrieb und die Überwachung der Herz-Lungen-Maschine, einschließlich Überwachung, Bestimmung und Messung aller erforderlichen Parameter, je Minute	2,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9511	Endoskopisch, epikardiale Ablation einer Vorhofrhythmusstörung, je Seite	643,54 €
9512	Sekundärer Thoraxverschluss	319,37 €
9513	Verschluss oder Amputation des Herzohres, ggf. einschließlich erforderlicher Resektion/en des Herzohres	218,87 €
9514	Offen chirurgische Rekonstruktion der Mitralklappe durch Ringimplantation (Anuloplastie)	505,08 €
9515	Offen chirurgische Rekonstruktion der Mitralklappe durch Segelplastik	505,08 €
9516	Offen chirurgische Rekonstruktion der Mitralklappe durch Implantation künstlicher Sehnenfäden oder Sehnenfaden-Transposition	505,08 €
9517	Kathetergestützte Mitralklappenrekonstruktion (z.B. Cardioband, Mitraclip, Neochord)	715,74 €
9518	Kathetergestützte Mitralklappenrekonstruktion über einen transapikalen Zugang (z.B. Cardioband, Mitraclip, Neochord)	979,20 €
9519	Offen chirurgische Rekonstruktion der Trikuspidalklappe durch Anuloplastie, ggf. einschließlich Ringimplantation	505,08 €
9520	Offen chirurgische Rekonstruktion der Trikuspidalklappe durch Segelplastik oder durch Implantation künstlicher Sehnenfäden oder Sehnenfaden-Transposition	505,08 €
9521	Kathetergestützte Trikuspidalklappenrekonstruktion (z.B. Cardioband, Clipping)	780,23 €
9522	Offen chirurgischer Ersatz einer Trikuspidalklappe, ggf. einschließlich Refixation des subvalvulären Halteapparates	505,08 €
9523	Exzision der Trikuspidalklappe ohne Ersatz	168,36 €
9524	Offen chirurgischer Ersatz einer Mitralklappe, ggf. einschließlich Refixation des subvalvulären Halteapparates	505,08 €
9525	Mitralklappenimplantation über einen transapikalen Zugang	979,20 €
9526	Kathetergestützte Mitralklappenimplantation über einen transseptalen Zugang	780,23 €
9527	Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch subkommissurale Nähte und/oder Raffung des Klappenrings	505,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9528	Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch Taschenklappenplastik <i>Die Leistung nach Nummer 9528 ist neben der Leistung nach Nummer 9529 nicht berechnungsfähig.</i>	505,08 €
9529	Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch kompletten Aufbau der Taschenklappen mit autologem Perikard oder Xenograft Material (z.B. Ozaki-Operation) <i>Die Leistung nach Nummer 9529 ist neben der Leistung nach Nummer 9528 nicht berechnungsfähig.</i>	925,98 €
9530	Offen chirurgische Aortenwurzelrekonstruktion und Ersatz der Aorta ascendens (z.B. Operation nach David oder Yacoub), einschließlich Reimplantation der Koronararterien	1 403,00 €
9531	Endovaskuläre Implantation einer Aortenklappe, einschließlich Valvuloplastie und hochfrequenter Stimulation der Herzkammer	901,34 €
9532	Transapikale Implantation einer Aortenklappe, einschließlich Valvuloplastie und hochfrequenter Stimulation der Herzkammer	979,20 €
9533	Kathetergestützte Implantation einer Aortenklappe, einschließlich Thorakotomie, Valvuloplastie und hochfrequenter Stimulation der Herzkammer <i>Die Leistung nach Nummer 9533 ist neben der Leistung nach Nummer 3001 oder 3012 nicht berechnungsfähig.</i>	938,96 €
9534	Aortenklappenersatz durch die autologe Pulmonalklappe und Ersatz der Pulmonalklappe (z.B. Ross-Operation)	1 964,20 €
9535	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9534 für eine Aortenwurzelerweiterung bei zu engem Anulus <i>Der Zuschlag nach Nummer 9535 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9537 nicht berechnungsfähig.</i>	182,74 €
9536	Operativer Ersatz einer Aortenklappe einschließlich Kalkentfernung	555,59 €
9537	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9536 für subkoronaren Aortenklappenersatz bzw. Aortenwurzelerersatz <i>Der Zuschlag nach Nummer 9537 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9535 nicht berechnungsfähig.</i>	730,96 €
9538	Operativer Ersatz einer Pulmonalklappe	493,86 €
9539	Zuschlag für die plastische Verkleinerung der Aorta ascendens im Rahmen einer anderen Operation, außer bei prothetischem Ersatz	152,28 €
9540	Ersatz der Aortenklappe und der Aorta ascendens mit klappentragendem Conduit und Reimplantation der Koronararterien	1 683,60 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9541	Isolierter Ersatz der Aorta ascendens bei Aneurysma, einschließlich Reimplantation der Koronararterien <i>Die Leistung nach Nummer 9541 ist neben der Leistung nach Nummer 9530 oder 9540 nicht berechnungsfähig.</i>	1 122,40 €
9542	Stenting der Aorta ascendens bei Aneurysma oder Dissektion	853,95 €
9543	Partieller Ersatz des Aortenbogens bei Aneurysma, ggf. einschließlich Reimplantation der beteiligten Gefäßabgänge	864,25 €
9544	Stenting des Aortenbogens bei Aneurysma oder Dissektion, ggf. einschließlich Reimplantation der supraaortalen Äste	1 046,75 €
9545	Antegrades Stenting der Aorta descendens mit Bogenersatz durch integrierte Hybrid-Stentprothese	1 101,29 €
9546	Offen chirurgischer vollständiger Ersatz des Aortenbogens, einschließlich Reimplantation der supraaortalen Äste	1 099,95 €
9547	Postmortale Entnahme des Spenderherzens zur Transplantation einschließlich Präparation und Konservierung	434,97 €
9548	Transplantation eines Herzens beim Empfänger, einschließlich Präparation des Spenderorgans und Explantation des geschädigten Organs oder Kunsterzens oder Retransplantation nach Abstoßungsreaktion mit Explantation des abgestoßenen Organs	1 231,83 €
9549	Postmortale En-bloc-Entnahme von Herz und Lungen zur Transplantation, einschließlich Präparation und Konservierung	754,59 €
9550	En-bloc-Transplantation von Herz und Lungen beim Empfänger, einschließlich Präparation der Spenderorgane und Explantation der geschädigten Organe	1 599,42 €
9551	Offen chirurgische Pericarddrainage, als selbständige Leistung, z.B. bei ausgeprägtem Perikarderguss oder Perikardtamponade <i>Die Leistung nach Nummer 9551 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.</i>	283,41 €
9552	Offen chirurgische oder thorakoskopische partielle Perikardektomie, als selbständige Leistung (z.B. bei Panzerherz) <i>Die Leistung nach Nummer 9552 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.</i>	740,78 €
9553	Offen chirurgische oder thorakoskopische Perikardektomie, subtotal oder total, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 9553 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.</i>	864,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9554	Naht einer Myokardverletzung, als selbständige Leistung	373,20 €
9555	Myokardbiopsie, endomyokardial oder transvenös	207,83 €
9556	Operative Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur, z.B. bei hyperthropher Kardiomyopathie	276,36 €
9557	Offen chirurgische Entfernung eines Fremdkörpers aus den Herzhöhlen oder aus den herznahen Gefäßen, auch Thromb- oder (Pulmonalis-) Embolektomie, als selbständige Leistung	493,86 €
9558	Offen chirurgische Entfernung eines Tumors aus einer Herzhöhle, ggf. einschließlich erforderlichem Patchersatz	617,32 €
9559	Ausschalten eines Ventrikulaneurysmas, ggf. einschließlich Aneurysmaresektion und Patchplastik	493,86 €
9560	Operativer Verschluss eines erworbenen Herzkammerscheidewanddefektes oder einer erworbenen Herzkammerperforation mittels Patchplastik und/oder direkter Naht	373,20 €
9561	Sternumrevision und/oder Debridement, ggf. einschließlich - Spül- und/oder Drainagebehandlung	336,72 €
9562	Sternumrevision und -stabilisation bei instabilem Sternum, ggf. einschließlich Spül- und/oder Drainagebehandlung	448,96 €
9563	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 für Verschiebelappenplastik oder Muskeltransplantation	336,72 €
9564	Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen arteriellen oder venösen Bypass ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, ggf. einschließlich - Einlage eines temporären intraluminalen Shuntes - Anlegen von Perikardschlingen - Flussmessungen und Gefäßentnahme(n) <i>Die Leistung nach Nummer 9564 ist neben der Leistung nach Nummer 9509 nicht berechnungsfähig.</i>	841,80 €
9565	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9564 für die Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen weiteren arteriellen oder venösen Bypass, je Bypass	182,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9566	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9564 für das Einbringen eines Stabilisierungssystems am Herzen, z.B. OPCAB, je Bypass	60,91 €
9567	Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen arteriellen oder venösen Bypass unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, ggf. einschließlich - Einlage eines temporären intraluminalen Shuntes - Anlegen von Perikardschlingen - Flussmessungen und Gefäßentnahme(n)	617,32 €
9568	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9567 für die Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen weiteren arteriellen oder venösen Bypass, je Bypass	182,74 €
9569	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9564 oder 9567 für das Anlegen einer Patchplastik an einem Herzkranzgefäß	121,83 €
9570	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9564 oder 9567 für mehrfache Anastomosen mit einem Graft, pro zusätzlich erfolgter Anastomose	121,83 €
9571	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9564 oder 9567 für endoskopische Entnahme eines arteriellen oder venösen Grafts	182,74 €
9572	Operative Revision eines Bypasses an den Herzkranzgefäßen ohne Bypassneuanlage, einschließlich Flussmessungen	311,47 €
9573	Operation an den Herzkranzgefäßen (z.B. Naht nach Verletzung, Ausschaltung eines Aneurysmas, Verschluss einer erworbenen koronaren Fistel)	404,06 €
9574	Thrombendarteriektomie der linken oder rechten Koronararterie und/oder deren Seitenarme	218,87 €
9575	Offen chirurgische Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe einschließlich Röntgenkontrolle und Redondrainage	493,86 €
9576	Offen chirurgische Explantation einer intraaortalen Ballonpumpe, einschließlich Naht-, Schleusenentfernung und Druckverband	404,06 €
9577	Offen chirurgische Implantation von katheterbasierten herzunterstützenden Systemen (z.B. Impella)	679,05 €
9578	Offen chirurgische Implantation von parakorporalen Systemen (univentrikulär)	1 046,64 €
9579	Offen chirurgische Implantation von intrakorporalen Systemen (univentrikulär)	864,25 €
9580	Offen chirurgische Implantation von parakorporalen Systemen (biventrikulär)	1 599,42 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9581	Offen chirurgische Implantation von intrakorporalen Systemen (biventrikulär)	1 355,30 €
9582	Offen chirurgische Implantation eines Kunstherzens	1 599,42 €
9583	Offen chirurgische Explantation von parakorporalen Systemen (univentrikulär)	864,25 €
9584	Offen chirurgische Explantation von parakorporalen Systemen (biventrikulär)	1 046,64 €
9585	Offen chirurgische Explantation von intrakorporalen Systemen (univentrikulär)	864,25 €
9586	Offen chirurgische Explantation von intrakorporalen Systemen (biventrikulär)	1 046,64 €
9587	Offen chirurgischer Wechsel eines Pumpenkopfes bei einem extrakorporalen herzunterstützenden System, je Pumpenkopf	276,36 €
9588	Anwendung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe (mit Membranoxygenator), einschließlich Explantation, Extremitätenkanülierung und Revision der Kanülierung, veno-venös	590,30 €
9589	Offen chirurgische Valvulotomie einer Herzklappe, einschließlich Exploration, ggf. einschließlich Thrombektomie	493,86 €
9590	Bilaterale pulmonale Thrombendarteriektomie bei chronischer thrombembolisch bedingter pulmonaler Hypertonie	1 231,83 €
9591	Operative Rekonstruktion eines angeborenen Vitiums einer Herzklappe	864,25 €
9592	Operativer Ersatz einer Herzklappe bei angeborenem Vitium einer Herzklappe	679,05 €
9593	Implantation einer Pulmonalklappe endovaskulär oder transventrikulär ohne Gefäßersatz	680,99 €
9594	Operativer Verschluss eines angeborenen Vorhofseptumdefektes oder Sinus venosus-Defektes	589,26 €
9595	Offen chirurgische Anlage eines Vorhofseptumdefektes	171,56 €
9596	Korrektur einer partiellen Lungenvenenfehlmündung, ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 9595	1 429,63 €
9597	Korrektur einer totalen Lungenvenenfehlmündung, einschließlich der Leistung nach Nummer 9594	2 287,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9598	Korrektur eines Cor triatriatum, einschließlich der Leistung nach Nummer 9594 und/oder 9595	1 122,40 €
9599	Operativer Verschluss eines angeborenen Herzkammerscheidewanddefektes	679,05 €
9600	Operativer Verschluss multipler angeborener Herzkammerscheidewanddefekte	864,25 €
9601	Operatives Ausschalten eines partiellen AV-Kanals	679,05 €
9602	Operatives Ausschalten eines totalen AV-Kanals	864,25 €
9603	Anlegen eines Shunts zwischen Aorta, A. subclavia oder Truncus brachiocephalicus und dem Pulmonalarteriensystem	311,47 €
9604	Operative Korrektur einer Fallot-Tetralogie durch Verschluss des Ventrikelseptumdefektes, Erweiterung der rechtsventrikulären Ausflussbahn, Kommissurotomie der Pulmonalklappe und fakultative transanuläre Patchplastik	2 287,41 €
9605	Korrektur eines absent pulmonary valve syndroms (APVC) mit klappentragendem Conduit, ggf. einschließlich Reduktionsplastik der Pulmonalarterien	740,78 €
9606	Ersatz des rechtsventrikulären Ausflusstraktes durch Conduit oder operative Implantation einer Herzklappe bei Klappenneuanlage	589,26 €
9607	Rekonstruktion des rechtsventrikulären Ausflusstraktes bei Obstruktion mittels Patchplastik	514,67 €
9608	Rekonstruktion der Lungenschlagader bei Pulmonalatresie mit Unterbindung der aortopulmonalen Kollateralen oder Reimplantation derselben in das Pulmonalarteriensystem (Unifokalisation), einschließlich operativer Implantation einer Herzklappe oder eines Conduits, ggf. einschließlich Ventrikelseptumdefekt-Verschluss	2 344,59 €
9609	Operative Korrektur bei Ebstein-Anomalie durch Trikuspidalklappenplastik, ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 9594	679,05 €
9610	Cone-Operation zur operativen Korrektur der Ebstein-Anomalie mit Ablösen der kongenital verlagerten Segel, Plikatur des Ventrikels und des neuen Klappenrings, Bildung eines Konus aus den Segeln	1 046,64 €
9611	Reimplantation der aortopulmonalen Kollateralen in das Pulmonalarteriensystem (Unifokalisation)	1 231,83 €
9612	Isolierte Bündelung des Pulmonalishauptstammes und/oder beider Pulmonalarterien oder isolierte Operation(en) (z.B. Patcherweiterung) an den Pulmonalarterien und/oder Pulmonalis-Hauptstamm und/oder an den Pulmonalarterien proximal der Hili	505,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9613	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen Gefäßmissbildung im Thorax durch Verschluss, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	221,50 €
9614	Operation einer Malposition der großen Gefäße mit Rekonstruktion eines Ventrikelseptum-Defektes und Pulmonalstenose	2 058,66 €
9615	Isolierte Operationen an den Pulmonalarterien distal der Hili (z.B. Patcherweiterung)	434,93 €
9616	Korrektur von angeborenen Anomalien der thorakalen großen Gefäße, z.B. arterielle Schlinge, pulmonale Ringe, doppelter Aortenbogen	493,86 €
9617	Operative Korrektur einer rechten Herzkammer mit doppelter Ausflusssbahn (Double outlet right ventricle)	864,25 €
9618	Operative Korrektur einer linken Herzkammer mit doppelter Ausflusssbahn (Double outlet left ventricle)	864,25 €
9619	Anlage eines bidirektionalen kavopulmonalen Shuntes (z.B. Glenn-Anastomose oder Hemi-Fontan-Operation)	1 346,88 €
9620	Operation bei funktionellem Single ventricle mit Zusammenfassung der Aorta und Pulmonalis (Damus-Kay-Stansel-Anastomose), einschließlich Shuntanlage, ggf. einschließlich - chirurgischer Anlage eines Vorhofseptumdefektes - Verschluss des Ductus arteriosus	2 806,00 €
9621	Fontan-Komplettierungsoperation (TCPC/Norwood III)	1 346,88 €
9622	Norwood I-Operation mit Aortenerweiterung, Shunteinlage und Anastomosen (Blalock-Taussig)	2 806,00 €
9623	Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes bis in die Aorta (z.B. OP nach Konno)	864,25 €
9624	Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat oder Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)	2 974,36 €
9625	Korrektur einer Transposition der großen Arterien durch atriale oder arterielle Switch-Operation, mit Entnahme/Neueinpflanzung der Koronararterien, Rekonstruktion der Neo-Pulmonalarterie ohne Aufhebung der kongenitalen Kurzschlussverbindungen	2 974,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9626	Korrektur einer Transposition der großen Arterien durch atriale oder arterielle Double-Switch-Operation mit Entnahme/Neueinpflanzung der Koronararterien, Rekonstruktion der Neo-Pulmonalarterie ohne Aufhebung der kongenitalen Kurzschlussverbindungen	3 367,20 €
9627	Korrektur eines Fehlabgangs einer Koronararterie, als selbständige Leistung	1 010,16 €
9628	Operativer Verschluss eines aortopulmonalen Fensters, als selbständige Leistung	1 122,40 €
9629	Operative Korrektur eines Truncus arteriosus mit Conduit, einschließlich Ventrikelseptumdefekt- und/oder Vorhofseptumdefekt-Verschluss oder Aufhebung der kongenitalen Kurzschlussverbindungen	2 974,36 €
9630	Isolierte Korrektur eines unterbrochenen Aortenbogens, einschließlich Verschluss eines persistierenden Ductus arteriosus (botalli), ggf. einschließlich Ventrikelseptumdefekt-Verschluss	2 974,36 €
9631	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9630 für Zwerchfellraffung	182,74 €
9632	Korrektur einer angeborenen supravalvulären Aortenstenose durch Erweiterungspatch	740,78 €
9633	Korrektur einer Aortenisthmusstenose oder eines hypoplastischen Aortenbogens über mediane Sternotomie, ggf. einschließlich - Ventrikelseptumdefekt-Verschluss - Verschluss des Ductus arteriosus	1 046,64 €
9634	Korrektur einer Aortenisthmusstenose, ggf. einschließlich - eines hypoplastischen Aortenbogens (z.B. End-zu-End, Waldhausenplastik, Prothese) über links posterolaterale Thorakotomie - Verschluss des Ductus arteriosus	729,56 €
9635	Korrektur von Anomalien der Systemvenen einschließlich Revision nach Vorhofumkehr	493,86 €
9636	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XI für operative Korrektur einer Aortendisektion	300,39 €
9637	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 767,30 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist	82,18 €
<i>Der Zuschlag nach Nummer 9637 ist neben der Leistung nach Nummer 9638 oder 9639 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>		

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9638	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 767,30 EUR bis zu 1316,73 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9638 ist neben der Leistung nach Nummer 9637 oder 9639 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	156,98 €
9639	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1316,73 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9639 ist neben der Leistung nach Nummer 9637 oder 9638 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	342,97 €

XII. Gefäßchirurgie**11.12****Allgemeine Bestimmungen**

1. Eine rekonstruktive Operation ist gebührenrechtlich, außer bei präziser Definition in den Leistungslegenden einzelner Gebührennummern, als die Wiederherstellung der Gefäßstrombahn durch folgende einzeln oder in Kombination durchgeführte(n) operative(n) Maßnahme(n) definiert: Embolektomie, Thrombektomie, Thrombendarteriektomie, Patchplastik, Verkürzungsplastik oder Reimplantation eines Gefäßes, Anlage eines Bypasses oder Interponates; bei der Chirurgie der arteriovenösen Fisteln zusätzlich durch Übernähung.
Darunter fallen nicht die Angioplastie (intravasale Gefäßdilatation ohne/mit Stentimplantation) und die Stentprothesenimplantation.
2. Die Angioplastien und Stentprothesenimplantationen über einen chirurgischen Zugangsweg (offene transluminale Angioplastien bzw. offene transluminale Stentprothesenimplantationen) beinhalten eine fakultative Thromb- bzw. Embolektomie.
3. Bei Bypass-Operationen ist die ggf. notwendige Tunnelierung der Bypass-Prothese sowie das Einbringen der ggf. alloplastischen Prothesenteile in den jeweiligen Leistungslegenden inkludiert.
4. Die endoluminalen Leistungen des Abschnitts L XII beinhalten auch ohne explizite Aufzählung
 - das Präparieren/Freilegen/Verschließen der Zugangsgefäße
 - das Einbringen/Wechseln/Entfernen von Schleusen, Führungsdrähten und Kathetern
 - das Einbringen der Prothesenteile, das Anmodellieren der Prothesenteile
 - alle Maßnahmen zur Blutstillung (auch bei Verwendung eines Verschluss-Systems).
5. Operationen an der Aorta ascendens und am Aortenbogen, außer den unter Nummer 9756 genannten, sind im Abschnitt Herzchirurgie (L XI) aufgeführt.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9700	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	225,82 €
9701	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	379,00 €
9702	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung	149,00 €
9703	Naht eines verletzten Blutgefäßes an Hals oder Kopf, extrakraniell, als selbständige Leistung, einschließlich Wundversorgung, ggf. einschließlich Angiographie	400,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9704	Naht einer intrathorakalen Gefäßverletzung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien <i>Mit Ausnahme der operativen Versorgung einer Gefäßverletzung durch Gefäßintervention sind Versorgungen iatrogenen Gefäßverletzungen nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	532,19 €
9705	Naht einer intraabdominalen oder intrapelvinen oder retroperitonealen Gefäßverletzung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien <i>Mit Ausnahme der operativen Versorgung einer Gefäßverletzung durch Gefäßintervention sind Versorgungen iatrogenen Gefäßverletzungen nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	680,04 €
9706	Naht eines verletzten Blutgefäßes an den Gliedmaßen als selbständige Leistung, einschließlich Wundversorgung, ggf. einschließlich Angiographie	323,62 €
9707	Naht eines verletzten Blutgefäßes an den Fingern oder Zehen, auch Rekonstruktion, als selbständige Leistung, einschließlich Wundversorgung	301,07 €
9708	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9703, 9704, 9705, 9706 oder 9707 für Gefäßersatz	72,86 €
9709	Transluminales Ausschalten eines Aneurysmas der A. carotis oder subclavia mittels Stentprothese	614,38 €
9710	Transluminales Ausschalten eines Aneurysmas der Aorta descendens mittels Stentprothese	667,71 €
9711	Transluminale Stentprothesenimplantation bei Dissektion der Aorta descendens	932,98 €
9712	Transluminales Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas mittels Stent-Prothese(n), auch mittels fenestrierter Prothese mit einer Stent-Implantation oder Implantation eines Seitenarms, und ggf. eines/von Beckenarterienaneurysmas(en), ggf. einschließlich - Einbringen eines Okkluders - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 355,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9713	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9712 für das Einbringen endovaskulärer Coils	194,17 €
9714	Transluminales Ausschalten eines abdominalen Aortenaneurysmas und ggf. eines/von Beckenarterienaneurysmas(en) mittels Stentprothese(n), ggf. einschließlich - Einbringen eines Okkluders - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	979,47 €
9715	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9709, 9710, 9711, 9712 oder 9714 für Zugang über eine Arm- oder Axillararterie	110,20 €
9716	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9709, 9710, 9711, 9712 oder 9714 für offen chirurgische Gefäßpräparation als Gefäßzugang (z.B. über einen Prothesenarm) <i>Der Zuschlag beinhaltet nicht den gewöhnlichen Zugangsweg über die A. iliaca externa oder die A. femoralis communis.</i>	110,20 €
9717	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9711, 9712 oder 9714 für die Anlage eines weiteren Seitenarms oder die Implantation eines weiteren Stents bei zusätzlicher Fenestrierung, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	432,29 €
9718	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9712 oder 9714 für die Thrombendarteriektomie im Bereich der Femoralisgabel, einseitig	144,31 €
9719	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9712 oder 9714 für die Implantation eines Querbypasses	291,25 €
9720	Offen chirurgische Operation eines Aneurysmas der Aorta descendens mit Ausnahme eines thorakoabdominalen Aneurysmas, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 475,11 €
9721	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9720 für zusätzliche Implantation einer Y-Prothese	483,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9722	Offen chirurgischer prothetischer Ersatz an der Aorta descendens bei Aortendissektion, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 751,61 €
9723	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9722 für temporären Linksherzbypass	320,98 €
9724	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9722 bei zusätzlichem prothetischem Ersatz der Aorta abdominalis	641,96 €
9725	Operatives Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas Typ Crawford I, ggf. einschließlich - Blocken von Arterien - Ausräumen von vorhandenen Thromben oder Plaques - Teil-/Resektion(en) der Aneurysmawand - Übernähen von Interkostalarterien - Vernähen des Aneurysmasacks - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 889,86 €
9726	Operatives Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas Typ Crawford II, ggf. einschließlich - Blocken von Arterien - Ausräumen von vorhandenen Thromben oder Plaques - Teil-/Resektion(en) der Aneurysmawand - Übernähen von Interkostalarterien - Vernähen des Aneurysmasacks - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	2 212,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9727	Operatives Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas Typ Crawford III, ggf. einschließlich - Blocken von Arterien - Ausräumen von vorhandenen Thromben oder Plaques - Teil-/Resektion(en) der Aneurysmawand - Übernähen von Interkostalarterien - Vernähen des Aneurysmasacks - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	2 330,19 €
9728	Operatives Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas Typ Crawford IV, ggf. einschließlich - Blocken von Arterien - Ausräumen von vorhandenen Thromben oder Plaques - Teil-/Resektion(en) der Aneurysmawand - Übernähen von Interkostalarterien - Vernähen des Aneurysmasacks - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	2 448,05 €
9729	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9725, 9726, 9727 oder 9728 für die Implantation einer größeren Interkostalarterie oder der Adamkiewicz-Arterie	238,68 €
9730	Aortale Fensterung bei Dissektion, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	917,19 €
9731	Resektion einer Halsrippe und/oder der ersten Rippe bei Thoracic-outlet-Syndrom, einschließlich Resektion aller anormalen fibromuskulären Bänder, Neurolyse(n)	895,80 €
9732	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9731 für arterielle Thrombektomie	194,31 €
9733	Operation einer anderen abnormen Gefäßmissbildung im Thorax durch Rekonstruktion	887,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9734	Sperroperation bei portalem Hochdruck	693,10 €
9735	Operation bei portalem Hochdruck durch Shunt-Anlage (z.B. splenorener, portokavaler oder mesorener Shunt)	838,83 €
9736	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9735 für Arterialisierung des Pfortadersystems	291,46 €
9737	Rekonstruktive Operation an der A. carotis interna und/oder der Karotidgabel, ggf. einschließlich - End-zu-Endanastomose(n) (z.B. Eversions-TEA) - Patchplastik und/oder rekonstruktive Operation an der proximalen A. carotis externa, - Karotiddruckmessung - transkranieller Dopplersonographie - Auflage von Hämostyptikum/-a - intraoperativer Flussmessungen - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 149,20 €
9738	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9737 bei Lokalisation an der Schädelbasis, Kinking, Coiling, Aneurysma und/oder Gefäßtumor	245,76 €
9739	Rekonstruktive Operation durch Neueinpflanzung der A. subclavia in die A. carotis, carotido-carotidaler Bypass oder carotido-subclavialer Bypass, ggf. einschließlich - Karotiddruckmessung - transkranieller Dopplersonographie - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	971,67 €
9740	Extrathorakale rekonstruktive Operation an der(n) Schulter- oder Achsel- oder Armarterien, soweit nicht im Rahmen der Leistung nach Nummer 9739 erbracht, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	744,03 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9741	Rekonstruktive Operation der A. vertebralis extrakraniell, ggf. mittels Neueinpflanzung oder Bypass, ggf. einschließlich - transkranieller Dopplersonographie - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 094,95 €
9742	Rekonstruktive Operation an einer extrakraniellen Hirnarterie, soweit nicht im Rahmen der Leistungen nach Nummer 9737, 9739 oder 9741 erbracht, ggf. einschließlich - Karotisdruckmessung - Neuromonitoring mittels somatosensibler evozierter Potentiale oder transkranieller Dopplersonographie - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	884,69 €
9743	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9737 oder 9742 für die Verwendung eines temporären Shunts	113,92 €
9744	Rekonstruktive Operation eines Aneurysmas intrathorakal an einer A. carotis, subclavia oder am Truncus brachiocephalicus, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 055,24 €
9745	Rekonstruktive Operation an der Aorta descendens, intrathorakal an einer A. carotis, subclavia, oder am Truncus brachiocephalicus bei erworbenen Stenosen oder Verschluss, soweit nicht im Rahmen der Leistung nach Nummer 9756 erbracht, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 094,95 €
9746	Rekonstruktive Operation der Aorta abdominalis mittels Rohrprothese, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	991,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9747	Rekonstruktive Operation der Aorta abdominalis mittels Bifurkationsprothese, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior) <i>Die Leistung nach Nummer 9747 ist neben der Leistung nach Nummer 9746 nicht berechnungsfähig.</i>	1 094,95 €
9748	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose, Verschluss oder Aneurysma dieses Gefäßes, soweit nicht im Rahmen der Leistungen nach Nummer 9721, 9727, 9728 oder 9747 erbracht, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 024,33 €
9749	Rekonstruktive Operation an einer Viszeral- oder Nierenarterie oder Reimplantation in die Aorta oder Gefäßprothese, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien - protektive Maßnahmen zur Vermeidung eines ischämischen Schadens des Rückenmarkes (z.B. postokklusive Druckmessung), der Nieren (z.B. Kaltperfusion) und des Darmes (z.B. Stumpfdruckmessung der A. mesenterica inferior)	1 202,90 €
9750	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9749 für Anlage eines aorto-viszeralen Bypasses	429,63 €
9751	Offene rekonstruktive Operation an einer oder mehrerer Beckenarterien einer Seite oder Anlage eines ilio-femorale Bypasses, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	884,19 €
9752	Rekonstruktive Operation an einer oder mehrerer Arterien eines Oberschenkels, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	663,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9753	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9752 für die Anlage eines arteriellen Interponates oder eines venösen Interponates aus dem tiefen Venensystem (z.B. V. femoralis superficialis), einschließlich der Transplantatentnahme	291,46 €
9754	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	823,69 €
9755	Rekonstruktive Operation einer oder mehrerer Arterien des Unterschenkels und/oder des Fußes, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	823,69 €
9756	Anlage eines aorto-brachiocephalen, aorto-subclavialen oder aorto-carotidalen Bypasses, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 402,57 €
9757	Anlage einer axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 071,30 €
9758	Anlage eines aorto-iliakalen Bypasses	806,27 €
9759	Anlage eines aorto-femorale Bypasses	806,27 €
9760	Anlage eines aorto-poplitealen Bypasses	897,25 €
9761	Anlage eines ilio-poplitealen Bypasses auf das I./II. Poplitealsegment	806,27 €
9762	Anlage eines ilio-poplitealen Bypasses auf das III. Poplitealsegment	806,27 €
9763	Anlage eines ilio-kruralen Bypasses	977,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9764	Anlage eines femoro-poplitealen Bypasses auf das I./II. Poplitealsegment, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	821,82 €
9765	Anlage eines femoro-poplitealen Bypasses auf das III. Poplitealsegment, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	1 076,49 €
9766	Anlage eines femoro-kruralen oder femoro-pedalen Bypasses, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	884,19 €
9767	Anlage eines popliteo-kruralen oder popliteo-pedalen Bypasses, ggf. einschließlich - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	884,19 €
9768	Embolektomie oder Thrombektomie der A. subclavia und/oder A. axillaris und/oder einer/der Armarterie(n), als selbständige Leistung, einseitig	304,49 €
9769	Embolektomie oder Thrombektomie einer Beckenarterie, als selbständige Leistung	398,79 €
9770	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9769 für beidseitiges Vorgehen, ggf. einschließlich Embolektomie oder Thrombektomie der infrarenalen Aorta	218,59 €
9771	Embolektomie oder Thrombektomie der Beinarterien, als selbständige Leistung, einseitig	328,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9772	Retrograde Thrombendarteriektomie an einer Beckenarterie, ggf. einschließlich - Thrombendarteriektomie der Femoralisgabel - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	697,08 €
9773	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9772 für die Profundaplastik	291,46 €
9774	Thrombendarteriektomie der Femoralisgabel, ggf. einschließlich Profundaplastik <i>Die Leistung nach Nummer 9774 ist neben der Leistung nach Nummer 9772 nicht berechnungsfähig.</i>	635,39 €
9775	Entnahme einer Vene aus dem tiefen Venensystem (z.B. V. femoralis superficialis) oder Arterie, auch endoskopisch, zur freien Transplantation, einschließlich - Gefäßfreilegung und -unterbindung(en) - Versorgung und (plastischer) Verschluss der Spenderstelle - Spülung und Markierung des Gefäßes - Transplantatpräparation, ggf. einschließlich Übernähung(en)	310,50 €
9776	Lokale Umstechung, In- oder Exzision eines Varixknotens, als selbständige Leistung	113,37 €
9777	Exhairese der V. saphena parva, einschließlich Ligatur des sapheno-poplitealen Übergangs, ggf. einschließlich - unilateraler Seitenastexhairese - offen chirurgische Unterbrechung von Vv. perforantes und/oder geschlossener Fasziotomie	543,49 €
9778	Exhairese der V. saphena magna, einschließlich unilateraler Krossektomie, ggf. einschließlich - unilateraler Seitenastexhairese - offen chirurgische Unterbrechung von Vv. Perforantes und/oder geschlossener Fasziotomie	543,49 €
9779	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9778 für endoskopische Unterbrechung der Vv. perforantes	50,53 €
9780	Isolierte Exhairese der V. saphena magna oder parva (ohne Krossektomie oder Ligatur des sapheno-poplitealen Übergangs), je Extremität	312,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9781	Isolierte Exhairese oder Ligatur von Seitenästen und/oder Unterbrechung(en) der Vv. perforantes, je Extremität	133,49 €
9782	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9778 und 9780 für endoskopische Unterbrechung(en) der Vv. Perforantes, je Extremität	48,75 €
9783	Endovenöse Ablation von Seitenast- oder Perforansvenen	147,33 €
9784	Radiofrequenzobliteration oder endovenöse Lasertherapie der V. saphena magna oder parva, einschließlich intraoperativer Ultraschallkontrolle, je Extremität	502,71 €
9785	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9784, 9787 oder 9788 für Tumeszenzanästhesie	86,55 €
9786	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9777, 9778, 9780 oder 9784 für intraoperative Sklerosierung	43,42 €
9787	Radiofrequenzobliteration oder endovenöse Lasertherapie der V. saphena parva	406,07 €
9788	Chemische Obliteration mittels Katheter der V. saphena magna oder parva, einschließlich Kontrolle mittels Ultraschall, je Extremität	197,33 €
9789	Isolierte Krossektomie der V. saphena magna, einseitig <i>Die Leistung nach Nummer 9789 ist neben der Leistung nach Nummer 9778 nicht berechnungsfähig.</i>	200,84 €
9790	Isolierte Krossektomie der V. saphena parva, einseitig <i>Die Leistung nach Nummer 9790 ist neben der Leistung nach Nummer 9777 nicht berechnungsfähig.</i>	217,66 €
9791	Valvuloplastie der V. saphena magna, einseitig	273,21 €
9792	Thrombektomie einer oder mehrerer Beckenvenen, ggf. einschließlich - Phlebographie - Thrombektomie der Beinvenen, einseitig	806,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9793	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 für beidseitiges Vorgehen, ggf. einschließlich retrograder Embolektomie und/oder Thrombektomie der caudalen V. cava	341,80 €
9794	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 für Stentimplantation	85,45 €
9795	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 für Implantation eines Vena-cava-Schirmes	128,18 €
9796	Offene Thrombektomie einer oder mehrerer oberflächlicher Beinvenen, ggf. einschließlich Phlebographie, einseitig	418,47 €
9797	Offene Thrombektomie einer oder mehrerer tiefer Beinvenen, ggf. einschließlich Phlebographie, einseitig	592,13 €
9798	Offene Thrombektomie großer abdominalen Venen	838,83 €
9799	Intraoperative Lyse bei Thrombose der V. mesenterica superior, ggf. einschließlich Phlebographie	389,52 €
9800	Unterbrechung der V. cava caudalis durch Filterimplantation, einschließlich röntgenologische Lagekontrolle des Implantates, ggf. einschließlich Phlebographie	582,07 €
9801	Unterbrechung der V. cava caudalis nach Freilegung	806,27 €
9802	Rekonstruktive Operation an den Venen des Körperstammes mit Ausnahme der Hohlvenen, an den Halsvenen oder den tiefen Extremitätenvenen, soweit nicht im Rahmen der Leistungen nach Nummer 9792, 9796, 9797 oder 9798 erbracht, ggf. einschließlich Phlebographie	534,24 €
9803	Rekonstruktive Operation der V. cava superior oder inferior, soweit nicht im Rahmen der Leistungen nach Nummer 9793 oder 9798 erbracht, ggf. einschließlich Phlebographie	881,58 €
9804	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 oder 9803 für Anlage einer AV-Fistel	145,73 €
9805	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9739, 9740, 9741, 9749, 9764, 9765, 9767 oder 9803 für die Anlage eines Venenbypasses	108,22 €
9806	Sonstige offene venöse Thrombektomie (z.B. an der oberen Extremität)	474,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9807	Rekonstruktion von Lymphgefäßen durch Transplantation, einschließlich Entnahme, je Extremität	795,38 €
9808	Rekonstruktive Operation einer sonstigen arteriovenösen Fistel (z.B. konnatal oder traumatisch) an den Extremitäten oder im Halsbereich, ggf. einschließlich Angiographie	476,35 €
9809	Rekonstruktive Operation einer sonstigen arteriovenösen Fistel (z.B. konnatal oder traumatisch) im Brust- oder Bauchraum, ggf. einschließlich Angiographie	650,02 €
9810	Implantation eines venösen Portsystems, einschließlich - Spülung(en) - röntgenologische Lagekontrolle des Implantates, ggf. einschließlich Phlebographie	401,81 €
9811	Explantation eines venösen Portsystems oder eines Katheters zur Hämodialyse oder Chemotherapie	195,88 €
9812	Operative Revision eines venösen Portsystems, einschließlich - Spülung(en) - röntgenologische Lagekontrolle des Implantates, ggf. einschließlich Phlebographie	427,16 €
9813	Offen chirurgische Implantation eines Katheters zur Hämodialyse oder Chemotherapie, einschließlich - Spülung(en) - röntgenologische Lagekontrolle des Implantates, ggf. einschließlich Phlebographie	249,34 €
9814	Operative Revision eines Katheters zur Hämodialyse oder Chemotherapie, einschließlich - Spülung(en) - röntgenologische Lagekontrolle des Implantates, ggf. einschließlich Phlebographie	225,00 €
9815	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse, ggf. einschließlich Phlebographie	478,01 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9816	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit alloplastischer Gefäßprothese, ggf. einschließlich Phlebographie	504,30 €
9817	Unterbindung eines Hämodialyseshunters oder einer operativ angelegten AV-Fistel, als selbständige Leistung	280,85 €
9818	Sonstige Ausschaltung eines Hämodialyseshunters (z.B. Explantation)	323,33 €
9819	Revision eines Hämodialyseshunters, ggf. einschließlich Phlebographie	421,85 €
9820	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9815 oder 9819 für freies autologes Transplantat	106,21 €
9821	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9815, 9816 oder 9819 für angioplastische Maßnahmen mit/ohne Stentimplantation	128,92 €
9822	Entfernung eines kleinen Gefäßtumors ohne Eröffnung der Körperhöhlen (z.B. kavernöses Hämangiom, Rankenhämangiom, maligne Hämangiome)	224,51 €
9823	Entfernung eines großen Gefäßtumors ohne Eröffnung der Körperhöhlen (z.B. kavernöses Hämangiom, Rankenhämangiom, maligne Hämangiome)	297,37 €
9824	Endovaskuläre Therapie eines kleinen Gefäßtumors	224,51 €
9825	Endovaskuläre Therapie eines großen Gefäßtumors	297,37 €
9826	Intraoperative Lysebehandlung als Einzelbehandlung von Arterien	183,05 €
9827	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XII für Angioskopie <i>Der Zuschlag nach Nummer 9827 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	105,56 €
9828	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 556,05 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9828 ist neben der Leistung nach Nummer 9829 oder 9830 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	43,76 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9829	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 556,05 EUR bis zu 1001,13 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9829 ist neben der Leistung nach Nummer 9828 oder 9830 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	109,03 €
9830	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1001,13 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9830 ist neben der Leistung nach Nummer 9828 oder 9829 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	185,98 €

XIII. Operative Gynäkologie**11.13****Allgemeine Bestimmungen**

1. Die Leistungen des Abschnitts L XIII enthalten auch ohne explizite Aufzählung die Scheidendesinfektion und die Zystoskopie, soweit durchgeführt. Die endoskopisch durchgeführten Leistungen des Abschnitts L XIII enthalten darüber hinaus, soweit durchgeführt, die Dehnung, die Erweiterung und die Portioadapter.
2. Wenn in den Leistungen nach Abschnitt L XIII kein Zugangsweg aufgeführt ist, gelten diese Leistungen gleichermaßen für die minimalinvasive, endoskopische oder offen chirurgische Durchführung.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9900	Transvaginale Suspensionsoperation mit allogenem oder alloplastischem Material	346,34 €
9901	Suprapubische Zügeloperation des Blasenhalses mit allogenem oder alloplastischem Material	439,51 €
9902	Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation mit allogenem oder alloplastischem Material	568,48 €
9903	Implantation einer suburethralen Minischlinge oder eines Schlingensystems (mithilfe einer (trans)vaginalen bzw. abdominalen Inzision)	462,41 €
9904	Inkontinenzoperation mithilfe eines transobturatorischen, alloplastischen Implantats	462,41 €
9905	Entero-Rektozelenkorrektur mithilfe eines transischiorektalen, alloplastischen Implantats	462,41 €
9906	Enterozelen/Rektozelen-Korrektur mittels Nähten, ggf. einschließlich Kuldoplastik <i>Die Leistung nach Nummer 9906 ist neben der Leistung nach Nummer 9905 nicht berechnungsfähig.</i>	362,27 €
9907	Abdominale Kolposuspensionsverfahren zur Inkontinenzbehebung	833,14 €
9908	Zentrale Beckenbodenkorrektur mittels Kolposuspension am Lig. ileopectinale (z.B. nach Cowan)	840,02 €
9909	Abdominale Kolpopexie, paravaginal und/oder an den Uterusligamenten, beidseitig	568,48 €
9910	Abdominale Kolpopexie an den Beckenligamenten, beidseitig	568,48 €
9911	Zerviko- oder Kolposakropexie mittels Netzeinlage	676,95 €
9912	Vaginale Kolpopexie, einseitig paravaginal und/oder an den Beckenligamenten	346,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9913	Levatorplastik, ein- oder beidseitig	506,73 €
9914	Vaginale Kolpopexie am Uterus-Aufhängeapparat nach Hysterektomie, ein- oder beidseitig	346,34 €
9915	Kolpopexie mit Faszienzügelplastik (z.B. nach Williams und Richardson)	462,41 €
9916	Keilexzision an einem Ovar oder Exzision einer Ovar-, Paraovarialzyste oder Hydatide, offen oder laparoskopisch	366,46 €
9917	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9916 für beidseitigen Eingriff	145,54 €
9918	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9916 für die Entfernung von Endometrioseherden <i>Der Zuschlag nach Nummer 9918 ist neben der Leistung nach Nummer 9943 oder 9944 nicht berechnungsfähig.</i>	575,44 €
9919	Ovariectomie und/oder Salpingektomie und/oder Salpingotomie, offen oder laparoskopisch, einseitig <i>Die Leistung ist bei beiderseitigem Eingriff zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	462,41 €
9920	Plastische Rekonstruktion der Tube, offen oder laparoskopisch <i>Die Leistung ist bei beiderseitigem Eingriff zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	462,41 €
9921	Adhäsiolyse an Ovar und/oder Tuba uterina, offen oder laparoskopisch	462,41 €
9922	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9921 für mikroskopische Adhäsiolyse	218,32 €
9923	Verschluss der Tuba uterina, offen oder laparoskopisch, z.B. durch Elektrokoagulation, mit Fremdmaterial, durch Fimbriektomie, partielle Salpingektomie oder Unterbindung	462,41 €
9924	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9923 für beidseitigen Eingriff	145,54 €
9925	Chromopertubation der Tubae uterinae <i>Die Leistung nach Nummer 9925 ist je Eingriff einmal berechnungsfähig.</i>	174,72 €
9926	Konisation der Portio und/oder Cervix uteri, ggf. einschließlich fraktionierte Abrasio uteri	115,09 €
9927	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9926 für zusätzlich erforderliche Nähte (z.B. nach Sturmdorf)	80,44 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9928	Zervixkurettag oder Strichkurettag des Uterus, einschließlich Gewebekonservierung	96,43 €
9929	Fraktionierte Abrasio uteri, ggf. einschließlich - Polypentfernung - Gewebekonservierung	137,41 €
9930	Abortabrasio des Uterus, ggf. einschließlich - Medikamenteneinlage - Polypentfernung - Gewebekonservierung	120,73 €
9931	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9930, 9988 oder 9991 für Saugkurettag	46,47 €
9932	Abrasio corpus uteri, ggf. einschließlich - Polypentfernung - Gewebekonservierung	115,78 €
9933	Operative Therapie der Zervixinsuffizienz in der Gravidität mittels Zerklage <i>Die Leistung nach Nummer 9933 ist neben der Leistung nach Nummer 9934 berechnungsfähig.</i>	141,97 €
9934	Operative Therapie der Zervixinsuffizienz in der Gravidität mittels totalem Muttermundverschluss (TMV) <i>Die Leistung nach Nummer 9934 ist neben der Leistung nach Nummer 9933 berechnungsfähig.</i>	269,83 €
9935	Naht eines Zervixrisses, als selbständige Leistung	357,79 €
9936	Plastische Rekonstruktion der Cervix uteri nach Verletzung	165,14 €
9937	Einfache Entfernung von Zerklagematerial aus der Cervix uteri oder Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	92,40 €
9938	Operative Entfernung einer Zervix-Zerklage durch Stützband oder Naht nach Isthmusinsuffizienzoperation	167,50 €
9939	Abdominale oder minimalinvasive Enukleation eines oder mehrerer Myome, ggf. einschließlich Morcellierung, Dauer bis zu zwei Stunden	312,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9940	Radiofrequenzablation eines oder mehrerer Myome, Dauer bis zu zwei Stunden <i>Die Leistung nach Nummer 9940 ist unabhängig von der Anzahl der entfernten Myome einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	308,59 €
9941	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9939 oder 9940 für eine Operationsdauer über zwei Stunden	107,89 €
9942	Endometriumablation	200,46 €
9943	Entfernung von Endometrioseherden, peritoneal und/oder ovariell, offen chirurgisch oder laparoskopisch	388,37 €
9944	Entfernung von Endometrioseherden, tief infiltrierend, offen chirurgisch oder laparoskopisch	545,58 €
9945	Operative Behandlung einer Uterusruptur oder Uterusrekonstruktion mittels Nahttechnik im Rahmen einer Enukleation	462,41 €
9946	Exzision, Entnahme und/oder Destruktion von erkranktem Gewebe an Portio, Vagina oder Vulva und Behandlung, z.B. mittels Lasertechnik, Kryo- oder Elektrokoagulation	105,41 €
9947	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide, Abtragung des Hymens oder eines Scheidenseptums	105,41 €
9948	Hintere Kolpozöliotomie zur Durchführung einer OP an den Adnexen oder zur Eröffnung eines Douglas-Abszesses	99,74 €
9949	Totale Kolpektomie	568,48 €
9950	Subtotale Kolpektomie	462,41 €
9951	Vordere oder hintere Kolporrhaphie	346,34 €
9952	Trachelektomie, ggf. einschließlich Resektion der Parametrien und Präparation der Gefäße	457,07 €
9953	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen, ggf. einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Harnröhrenfistel	676,95 €
9954	Operative Korrektur eines teilweisen Verschlusses der Vagina, ggf. einschließlich - Verwendung von autogenem Material - Einbringung vaginaler Unterstützungssysteme	462,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9955	Plastische Operation einer Vaginalaplasie, ggf. einschließlich - Verwendung von autogenem Material - Einbringung vaginaler Unterstützungssysteme	780,44 €
9956	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9954 oder 9955 für den Einsatz von Dünn- oder Dickdarm, einschließlich Entnahme	262,61 €
9957	Hymenalrekonstruktion (Revirgination)	101,98 €
9958	Labienkorrektur <i>Die Leistung nach Nummer 9958 ist je Seite einmal berechnungsfähig.</i>	101,98 €
9959	Operationen an der Bartholin-Drüse (z.B. Inzision, Marsupialisation oder Exzision) oder vaginale Zystenexstirpation(en) <i>Die Leistung nach Nummer 9959 ist je Eingriff einmal berechnungsfähig.</i>	101,98 €
9960	Plastische Rekonstruktion der Klitoris (z.B. Ziehharmonikaplastik)	228,12 €
9961	Partielle Vulvektomie, ggf. einschließlich plastischer Rekonstruktion der Vulva und des Perineums	595,10 €
9962	Radikale Vulvektomie, ggf. einschließlich plastischer Rekonstruktion der Vulva und des Perineums	669,20 €
9963	Plastische Rekonstruktion der Vulva oder des Perineums	357,79 €
9964	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9963 für die Durchführung mittels Fernlappenplastik	514,19 €
9965	Operative Beseitigung einer oder mehrerer Uterusmissbildung(en), einschließlich - Sondierung - Dilatation - Einmalkatheterisierung	685,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9966	Laparoskopie und/oder Pelviskopie im Rahmen der IVF oder zur Abklärung pathologischer Befunde im Becken, z.B. an Tube, Ovar, Uterus mit Bandapparat, Douglas'schem Raum mit Anlegen eines Pneumoperitoneums, ggf. einschließlich therapeutischer Maßnahmen, wie - Eröffnung einer Ovarialzyste - Anlage von Klipps oder die Teilresektion der Tube - Probeexzision und/oder Probepunktion	467,91 €
9967	Totale oder suprazervikale Hysterektomie, abdominal, vaginal oder laparoskopisch	578,52 €
9968	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9919 oder 9967 für die Bildung einer oder mehrerer Netzplombe(n)	199,04 €
9969	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9967 für Adnexentfernung <i>Der Zuschlag nach Nummer 9969 ist je Seite einmal berechnungsfähig.</i>	72,77 €
9970	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9919, 9967 oder 9972 für die Omentektomie	109,16 €
9971	Zervixstumpfexstirpation	467,91 €
9972	Radikale Hysterektomie unter Mitnahme der Parametrien und mit iliakaler Lymphknotenexstirpation, ggf. einschließlich Entfernung der Adnexe	1 127,20 €
9973	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9912 oder 9972 für die zusätzliche Resektion der Scheidenmanschette	90,97 €
9974	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9949, 9950, 9967 oder 9972 für subtotale oder totale Kolpokleisis	503,63 €
9975	Inguinale Lymphknotenentfernung, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, je Seite	467,91 €
9976	Neurolyse als selbständige Leistung aufgrund eigenständiger Indikation (Verwachsungen, Vernarbungen, und/oder Tumorummauerungen) im Rahmen anderer gynäkologischer Eingriffe	183,35 €
9977	Peritonektomie im kleinen Becken <i>Die Leistung nach Nummer 9977 ist neben der Leistung nach Nummer 10616 nicht berechnungsfähig.</i>	451,73 €
9978	Sentinellymphknotenentfernung und/oder Lymphknotensampling, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig <i>Die Leistung nach Nummer 9978 ist neben der Leistung nach Nummer 7442, 9975, 9979, 9980, 9981, 9982 oder 9983 nicht berechnungsfähig.</i>	451,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9979	Pelvine Lymphadenektomie, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, beidseitig	669,20 €
9980	Pelvine extended-field Lymphadenektomie, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, beidseitig	890,97 €
9981	Paraaortale Lymphadenektomie, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	669,20 €
9982	Parakavale Lymphadenektomie, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	467,91 €
9983	Präsakrale Lymphadenektomie, ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	467,91 €
9984	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9975, 9979, 9981, 9982 oder 9983 für Verwendung der Gammasonde zur Lokalisation von Wächterlymphknoten	75,00 €
9985	Vordere Exenteration des weiblichen kleinen Beckens Die vordere Exenteration umfasst ggf. die Entfernung der Vaginalwand, des Uterus, der Adnexe, der Harnblase sowie die Anlage einer künstlichen Harnableitung. <i>Die Leistung nach Nummer 9985 ist neben der Leistung nach Nummer 9986 oder 9987 nicht berechnungsfähig.</i>	1 127,20 €
9986	Hintere Exenteration des weiblichen kleinen Beckens Die hintere Exenteration umfasst ggf. die Exstirpation der hinteren Vaginalwand, des Uterus, des Rektums einschließlich des Anus sowie die Anlage eines Anus Praeters. <i>Die Leistung nach Nummer 9986 ist neben der Leistung nach Nummer 9985 oder 9987 nicht berechnungsfähig.</i>	908,16 €
9987	Totale Exenteration des weiblichen kleinen Beckens <i>Die Leistung nach Nummer 9987 ist neben der Leistung nach Nummer 9985 oder 9986 nicht berechnungsfähig.</i>	1 351,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9988	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche, einschließlich intravaginaler oder intrazervikaler Applikation z.B. von Prostaglandin-Gel, ggf. einschließlich - Einmalkatheterisierung - Dilatation - Sondierung	129,78 €
9989	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche, einschließlich intravaginaler oder intrazervikaler Applikation z.B. von Prostaglandin-Gel, ggf. einschließlich - Einmalkatheterisierung - Dilatation - Sondierung	155,12 €
9990	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9989 für Fetozid bei Abbruch nach der 20. Schwangerschaftswoche	363,39 €
9991	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion, einschließlich Prostaglandin-Zäpfchen-Gabe	129,78 €
9992	Operation einer Extrauterinschwangerschaft, ggf. einschließlich Einmalkatheterisierung	462,41 €
9993	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter (Inversio uteri)	462,41 €
9994	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XIII für die Durchführung eines Morcellement bei benignen Raumforderungen	109,16 €
9995	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XIII für Ureterolyse, einseitig	218,32 €
9996	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 506,73 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9996 ist neben der Leistung nach Nummer 9997 oder 9998 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	34,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
9997	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 506,73 EUR bis zu 680,01 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9997 ist neben der Leistung nach Nummer 9996 oder 9998 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	87,66 €
9998	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 680,01 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 9998 ist neben der Leistung nach Nummer 9996 oder 9997 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	137,00 €

XIV. Operative Urologie**11.14****Allgemeine Bestimmungen**

Neben operativen urologischen Leistungen ist das Legen eines Harnblasenkatheters nicht gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10100	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Jungen bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, flexibel	98,07 €
10101	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Jungen ab dem 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, flexibel	91,13 €
10102	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mann bzw. Jungen ab dem 13. Lebensjahr, flexibel	84,21 €
10103	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Jungen bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, starr	98,07 €
10104	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Jungen ab dem 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, starr	91,13 €
10105	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mann bzw. Jungen ab dem 13. Lebensjahr, starr	84,21 €
10106	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mädchen bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, flexibel	95,00 €
10107	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mädchen ab dem 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, flexibel	86,06 €
10108	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) bei der Frau bzw. beim Mädchen ab dem 13. Lebensjahr, flexibel	77,12 €
10109	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mädchen bis zum vollendeten 2. Lebensjahr, starr	95,00 €
10110	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) beim Mädchen ab dem 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, starr	86,06 €
10111	Diagnostische Endoskopie des unteren Harntraktes (Urethrozystoskopie) bei der Frau bzw. beim Mädchen ab dem 13. Lebensjahr, starr	77,12 €
10112	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110 oder 10111 für das endoskopische Ausräumen einer Bluttamponade aus der Harnblase, einschließlich Blutstillung	35,53 €
10113	Blasenstein- oder Fremdkörperentfernung, auch mittels transurethraler endoskopischer Litholapaxie, ggf. einschließlich - Lithotripsie - Zugangsleistung (Endoskopie), je Sitzung	189,79 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10114	Implantation einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters, als selbständige Leistung, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10114 ist neben der Leistungen nach Nummer 10118, 10120, 10157, 10160, 10161, 10162, 10164, 10167, 10168, 10169, 10170, 10174, 10176, 10179, 10180, 10190 oder 10193 nicht berechnungsfähig.</i>	124,59 €
10115	Endoskopische Entfernung von Harnblasengeschwülsten und/oder Harnröhrengeschwülsten, ggf. einschließlich der Entnahme von mehreren Gewebeproben aus der Harnröhre und/oder dem Harnblasenhals und/oder der Harnblase, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 10115 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10119 nicht berechnungsfähig.</i>	210,18 €
10116	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111 oder 10115 für die zusätzliche Fluoreszenzendoskopie oder Narrow Band Imaging (NBI) bei Verdacht auf Urothelkarzinom, ggf. einschließlich Instillation des Farbstoffs	15,31 €
10117	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10115 für die Ausräumung multipler Tumoren (Nachweis mittels Videodokumentation und Histologie)	91,88 €
10118	(Diagnostische) Endoskopie (rigide, semirigide oder flexibel) des Harnleiters und/oder des Nierenbeckens (Uretero(reno)skopie, URS), ggf. einschließlich röntgenologischer Lagekontrolle, als selbständige Leistung, einschließlich Urethrozystoskopie <i>Die Leistung nach Nummer 10118 ist neben der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110 oder 10111 nicht berechnungsfähig.</i>	164,46 €
10119	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111 oder 10118 für die diagnostische Entnahme von Gewebeproben aus der Harnröhre, dem Harnblasenhals und/oder der Harnblase (Harnblasenmapping) und/oder Inzision, Exzision und Destruktion von Gewebe der Harnblase <i>Der Zuschlag nach Nummer 10119 ist neben der Leistung nach Nummer 10115 nicht berechnungsfähig.</i>	61,25 €
10120	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111 oder 10118 für das Entfernen einer Ureterverweilschiene, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 10120 ist neben den Leistung nach Nummer 10127 oder 10114 nicht berechnungsfähig.</i>	15,31 €
10121	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10118 für die Entfernung bzw. Extraktion eines oder mehrerer kleinen Harnleitersteine(s) und/oder eines oder mehrerer Nierenbeckensteine(s) (kleiner als 5 mm) mit der Zange und/oder für die Gewebeentnahme aus dem Harnleiter und/oder Nierenbecken	61,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10122	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10118 für die Zertrümmerung und/oder (versuchte) Entfernung eines Harnleitersteins (von 5 mm oder größer) oder mehrerer Harnleitersteine aus dem Ostium, ggf. einschließlich - Aufdehnung und/oder Schlitzung des Harnleiterostiums - röntgenologischer Lagekontrolle, je Seite <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 10122 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10123 nicht berechnungsfähig.</i>	186,18 €
10123	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10118 für die Zertrümmerung und/oder (versuchte) Entfernung eines oder mehrerer Nierenbecken(kelch)steine (von 5 mm oder größer), ggf. einschließlich röntgenologischer Kontrolle, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 10123 ist neben der Leistung nach Nummer 10122 nicht berechnungsfähig.</i>	137,82 €
10124	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10118 für die endoskopische retrograde (transurethro-ureterale) Harnleiterbougieung oder Harnleiterschlitzen	45,94 €
10125	Perkutane Nierenbeckenspiegelung zur Entfernung von Nierensteinen (Nephrolitholapaxie, PCNL), ggf. einschließlich - präoperativer Einlage und postoperativer Entfernung eines Ballonkatheters in den Harnleiter - Steinerkleinerung z.B. unter Verwendung von Ultraschallsonden - röntgenologischer Kontrolle - Anlage einer Nierenfistel mit stufenweiser Aufdehnung - Einlage eines Nierenfistelkatheters <i>Die Leistung nach Nummer 10125 ist neben der Leistung nach Nummer 10126 nicht berechnungsfähig.</i>	434,48 €
10126	Perkutane Nierenbeckenspiegelung bei liegender Nierenfistel, ggf. einschließlich - Dehnung und Spülung der Nierenfistel - Ausspülen von Blutkoagula - Wechsel eines Nierenfistelkatheters <i>Die Leistung nach Nummer 10126 ist neben der Leistung nach Nummer 10125 nicht berechnungsfähig.</i>	217,85 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10127	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111, 10115, 10118, 10125 oder 10126 für das Einlegen oder Wechseln einer Ureterverweilschiene, ggf. einschließlich - Aufdehnung und/oder Schlitzung des Harnleiterostiums - röntgenologische Lagekontrolle, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 10127 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10120 nicht berechnungsfähig.</i>	56,97 €
10128	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10125 oder 10126 für die endoskopische antegrade transrenale Harnleiterschlitzung (antegrade Endopyelotomie)	61,04 €
10129	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	70,07 €
10130	Entfernung eines Harnröhrenkarunkels und/oder eines Harnröhrenvorfalls, einschließlich Schleimhautrekonstruktion	56,61 €
10131	Meatusplastik, einschließlich Inzision, Schleimhautrekonstruktion	111,98 €
10132	Inzision der Harnröhre zur Beseitigung einer Striktur, ohne Sicht (z.B. Urethrotomia interna nach Otis), ggf. einschließlich Instillation von Arzneimitteln	37,81 €
10133	Inzision der Harnröhre zur Beseitigung einer Striktur, unter Sicht (z.B. Urethrotomia interna nach Sachse), ggf. einschließlich Instillation von Arzneimitteln, je Sitzung	70,07 €
10134	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10113, 10118, 10125, 10126 oder 10133 für den endoskopischen Einsatz eines Lasers	136,83 €
10135	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 10135 ist für die Entfernung eines Blasendauerkatheters nicht berechnungsfähig.</i>	97,00 €
10136	Transskrotale Venenembolisation	214,63 €
10137	Retroperitoneale Varikozelenoperation, laparoskopisch	310,89 €
10138	Operative Entfernung einer Varikozele	263,13 €
10139	Operative Freilegung eines Hodens zur Entnahme von Gewebe	231,02 €
10140	Inkontinenzoperation, TVT (Tension-free Vaginal Tape) oder TOT (Trans Obturator Tape)	332,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10141	Offene Inkontinenzoperation, ggf. einschließlich vorderer und/oder hinterer Scheidenplastik	625,13 €
10142	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10141 für Sakropexie	210,99 €
10143	Offen-operative Entfernung eines/von Nieren(aussuss)steins(en), einschließlich Anlegen einer Nierenfistel, Pyeloskopie und intraoperative Durchleuchtung	779,00 €
10144	Perkutane Rekonstruktion der Niere mit Erweiterung der Nierenkelchhalse, Anlage einer Nierenfistel oder Pyelostomie(n)	450,45 €
10145	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste, narbiger Konvolute und/oder einer Strikturen aus der Harnröhre, einschließlich - Mobilisation der Harnröhre - Rekonstruktion der Harnröhre und/oder Bildung einer Harnröhrenplatte ohne plastische Defektdeckung - Anlage einer Harnblasenfistel	620,27 €
10146	Entfernung eines Divertikels aus der Harnröhre mit Rekonstruktion der Harnröhre ohne plastische Defektdeckung, ggf. einschließlich - Rekonstruktion der Vaginalwand bei der Frau - Anlage einer Harnblasenfistel	497,67 €
10147	Verschluss einer Harnröhrenfistel beim Mann, ggf. einschließlich - Rekonstruktion der Harnröhre - ohne plastische Defektdeckung - Anlage einer Harnblasenfistel <i>Die Leistung nach Nummer 10147 ist neben der Leistung nach Nummer 9953 nicht berechnungsfähig.</i>	638,33 €
10148	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10146 oder 10147 für die Bildung einer oder mehrerer Netzplombe(n)	281,33 €
10149	Rekonstruktion der Harnröhre und/oder Bildung einer Harnröhrenplatte, ohne plastische Defektdeckung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnröhre - Anlage einer Harnblasenfistel	638,33 €
10150	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10145, 10146, 10147 oder 10149 für die Rekonstruktion der Harnröhre unter Verwendung von autologem, allogenem, xenogenem oder alloplastischem Material	351,66 €
10151	Plastische Rekonstruktion der Harnröhre bei weiblicher Epispadie mit Sphinkterplastik	732,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10152	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm, einschließlich Mobilisierung der Harnröhre und Einnähen in die Haut	403,93 €
10153	Entfernung der Harnröhre bei der Frau, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 10153 ist neben der Leistung nach Nummer 10164 nicht berechnungsfähig.</i>	287,23 €
10154	Entfernung der Harnröhre beim Mann, als selbständige Leistung	357,41 €
10155	Anlage einer suprapubischen Harnblasenfistel durch Punktion, ggf. einschließlich - Einlegen eines Harnblasenkatheters - Füllung der Harnblase	61,50 €
10156	Operative Versorgung einer Harnblasenverletzung, ggf. einschließlich Anlage einer suprapubischen Harnblasenfistel	583,81 €
10157	Operative Eröffnung der Harnblase, ggf. einschließlich - Entfernung von Fremdkörpern und/oder Steinen - Harnleiterschienung, auch bilateral - Anlage einer suprapubischen Harnblasenfistel	324,38 €
10158	Durchführung einer Harnblasenerweiterung durch Detrusormyotomie (Autoaugmentation)	357,01 €
10159	Durchführung einer Harnblasenerweiterung (Harnblasenaugmentation) mit einem Dünn-/Dickdarmsegment, ggf. einschließlich - Teilresektion der Harnblase - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdaranastomose - Adhäsiolyse	922,79 €
10160	Teilentfernung der Harnblase mit Rekonstruktion der Harnblase, ggf. einschließlich - Mobilisation des Harnleiters - Harnleiterschienung, auch beidseits - Anlage einer suprapubischen Harnblasenfistel	996,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10161	Einfache Zystektomie, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Harnleiterschienung, auch beidseits <i>Die Leistung nach Nummer 10161 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.</i>	969,72 €
10162	Radikale Zystektomie beim Mann, einschließlich - Entfernung der Prostata und der Samenblasen - Mobilisation der Harnleiter - Harnleiterschienung, auch beidseits <i>Die Leistung nach Nummer 10162 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.</i>	1 109,62 €
10163	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162 für Urethrektomie	257,76 €
10164	Radikale Zystektomie bei der Frau, einschließlich - Harnleiterschienung, auch beidseits - Entfernung der Harnröhre mit Harnröhrenmündung - Entfernung der Vaginalvorderwand - Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke <i>Die Leistung nach Nummer 10164 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.</i>	942,00 €
10165	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10164 für die Beckenrekonstruktion bei der Frau, einschließlich der Einlage von alloplastischem Material <i>Der Zuschlag nach Nummer 10165 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9904 nicht berechnungsfähig.</i>	158,83 €
10166	Pelvine Lymphadenektomie, als selbständige Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 10166 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 10647 oder 10808 nicht berechnungsfähig.</i>	745,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10167	Anlage eines Ileumkonduit/Kolonkonduit, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdaranastomose - Verlagerung eines Darmteils innerhalb des Abdomens - Harnleiterimplantation(en) in den Darm - Anlage des Hautstomas - Harnleiterschienung, auch beidseits - Adhäsiolyse - Stomaversorgung	1 105,99 €
10168	Anlage eines Sigma-/Rektumpouch, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Harnleiterimplantation(en) in den Darm, auch mittels submukösem oder serösem Tunnel - Harnleiterschienung, auch beidseits - Adhäsiolyse	1 146,52 €
10169	Anlage eines kontinenten (Nabel-)Pouch, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Adhäsiolyse - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdaranastomose - Verlagerung eines Darmteils innerhalb des Abdomens - Faltung - Detubularisation und Rekonfiguration des Darmes - Harnleiterimplantation(en) in den Darm, auch mittels submukösem oder serösem Tunnel - Harnleiterschienung, auch beidseits - Bildung eines katheterisierbaren Kontinenzmechanismus - Stomaversorgung	1 529,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10170	Bildung einer orthotopen Neoblase, ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Adhäsiolyse - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdaranastomose - Verlagerung eines Darmteils innerhalb des Abdomens - Faltung - Detubularisation und Rekonfiguration des Darmes - Harnleiterimplantation(en) in die Neoblase, auch mittels submukösem oder serösem Tunnel - Harnleiterschienung, auch beidseits - Harnröhrenanastomose	1 370,70 €
10171	Plastische Rekonstruktion der Harnblase bei Blasenektrophie, ggf. einschließlich - Rekonstruktion des Blasenhalses - Osteotomie - Verpflanzung der Harnleiter, auch beidseits	1 008,36 €
10172	Inkontinenzoperation: Implantation eines künstlichen Schließmuskels um den Blasen Hals oder die Harnröhre, einschließlich Einlage des Reservoirs und einer Ventilpumpe	846,46 €
10173	Entfernung eines künstlichen Schließmuskels bei Defekt oder Infektion	546,39 €
10174	Harnleiterfreilegung, als selbständige Leistung, z.B. bei Fibrose, ggf. einschließlich Harnleiterschienung	740,60 €
10175	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10174 für die intraperitoneale Verlagerung des Harnleiters, ggf. einschließlich - Mobilisation eines Omentum-majus-Lappens - Ummantelung des Harnleiters mit Omentum	262,89 €
10176	Rekonstruktion des Harnleiters durch Reanastomosierung (Ureteroureterostomie), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Freilegung des Harnleiters - Teilresektion des Harnleiters - Harnleiterschienung	996,49 €
10177	Rekonstruktion des Harnleiters durch Harnleiter-Dünndarm-Interponat	916,77 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10178	Extravesikale Antirefluxplastik mit Verlagerung des Harnleiters in einen vesikalen Tunnel, einschließlich Inzision und Verschluss des Detrusors über dem Harnleiter, je Seite	796,44 €
10179	Implantation eines Harnleiters in die Harnblase oder den Dickdarm oder die Haut, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Teilresektion des Harnleiters - Teilresektion der Harnleiterwand - Modellierung des Harnleiters - Umbettung des Harnleiters - Antireflux- und/oder Lappenplastik - Einbringen einer Harnleiterschiene	846,46 €
10180	Implantation beider Harnleiter in die Harnblase oder den Dickdarm oder die Haut, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Teilresektion der Harnleiter - Teilresektion der Harnleiterwand - Modellierung der Harnleiter - Umbettung der Harnleiter - Antireflux- und/oder Lappenplastik - Harnleiterschienung, auch beidseits	1 146,52 €
10181	Nierenbeckenplastik, einschließlich - Harnleiterschienung - Anlage einer Nierenfistel	912,44 €
10182	Operative Anlage einer Nierenfistel, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Dehnung und Spülung der Nierenfistel - Ausspülen von Blutkoagula - Anlage eines Nierenfistulkatheters - perkutane Nierenbeckenspiegelung	253,72 €
10183	Nephropexie, je Seite	550,97 €
10184	Nicht tumorbedingte Nephrektomie, je Seite	840,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10185	Tumorbedingte Nephrektomie mit Nierenfettkapsel, ggf. einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors, je Seite	986,78 €
10186	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10185 für die Lymphadenektomie nach TNM-Klassifizierung, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion	105,88 €
10187	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10185 für die Entfernung der Nebenniere auf derselben Seite, bei Verdacht auf Infiltration oder metastatischem Befall	79,41 €
10188	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10185 für die Entfernung von Tumorthromben aus der V. cava, einschließlich Gefäßnaht	158,83 €
10189	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10185 für die langstreckige Herauslösung und Entfernung des Harnleiters mit Blasenmanschette und Verschluss der Harnblase, ggf. einschließlich dem transurethralem Harnleiterstripping	158,83 €
10190	Nierenteilresektion, ggf. einschließlich - Harnleiterschienung - Anlegen einer Nierenfistel	969,72 €
10191	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10190 für die organerhaltende Entfernung multipler Nierentumore, je Seite	125,03 €
10192	Trennung einer Hufeisenniere	846,46 €
10193	Implantation einer Niere mit Harnleiterimplantation, einschließlich - extraperitonealer Freilegung der Beckengefäße - Gefäßanastomosierung, Harnleiterschienung	821,45 €
10194	Explantation einer Niere bei einem Lebendspender zur Transplantation, einschließlich der Freilegung des Harnleiters	896,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10195	Explantation einer Niere bei einem Toten zur Transplantation, einschließlich Freilegung des Harnleiters, je Seite	946,48 €
10196	Transabdominelle Entfernung einer Nebenniere, ggf. einschließlich Freilegung der Niere, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10196 ist neben der Leistung nach Nummer 10185 nicht berechnungsfähig.</i>	746,43 €
10197	Laparoskopische Entfernung einer Nebenniere, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10197 ist neben der Leistung nach Nummer 10185 nicht berechnungsfähig.</i>	796,44 €
10198	Ultraschallgesteuerte Entnahme von bis zu zwölf Stanzbiopsien aus der Prostata, transrektal, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 10198 ist neben der Leistung nach 922 nicht berechnungsfähig. Wenn statt des transrektalen Zugangs ein perinealer Zugang gewählt wird, ist zusätzlich der Zuschlag nach Nummer 10218 berechnungsfähig.</i>	111,98 €
10199	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10198 für die ultraschallgesteuerte Entnahme von je drei weiteren Stanzbiopsien aus der Prostata <i>Der Zuschlag nach Nummer 10199 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	15,31 €
10200	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10198 für MRT-gestützte Biopsie <i>Der Zuschlag nach Nummer 10200 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	82,24 €
10201	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10198 für MRT/Ultraschall-Fusionsbild-gestützte Biopsie <i>Der Zuschlag nach Nummer 10201 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	30,84 €
10202	Transurethrales Einlegen oder transurethraler Wechsel eines Stents in die prostatistische Harnröhre	146,97 €
10203	Transurethrale Entfernung eines Stents aus der prostatistischen Harnröhre	146,97 €
10204	Transurethrale Elektroresektion der Prostata (TURP), ggf. einschließlich - Anlage einer Blasenfistel - Urethrotomia interna nach Otis - diagnostischer Endoskopie des unteren Harntrakts und Entnahme von Gewebeproben <i>Die Leistung nach Nummer 10204 ist neben der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111 oder 10132 nicht berechnungsfähig.</i>	334,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10205	Transurethrale Inzision von Prostata (Transurethrale Inzision der Prostata, TUIP), Blasenhals, M. sphinkter urethrae externus und/oder M. detrusor vesicae, ggf. einschließlich diagnostischer Endoskopie des unteren Harntrakts	217,85 €
10206	Anwendung von Laserverfahren zur Entfernung (Resektion) von Prostatagewebe, z.B. Holmiumlaserenuklation (HoLEP)	345,38 €
10207	Anwendung von Laser- oder Elektroverfahren zur Verdampfung von Prostatagewebe (z.B. Photoselektive Laservaporisation, PVP), z.B. Greenlight-Lasertherapie, KTP-Lasertherapie	258,09 €
10208	Anwendung von Laserverfahren zur Verkochung (Koagulation) von Prostatagewebe, z.B. Interstitielle Laserkoagulation (ILC)	258,09 €
10209	Transurethrale Mikrowellenthermotherapie der Prostata, mit Niedrig-Energie (NE-TUMT) oder Hoch-Energie (HE-TUMT), ggf. einschließlich Temperaturfeedback der Prostata	220,13 €
10210	Transurethrale Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren	182,45 €
10211	Transurethrale Nadelablation der Prostata (TUNA)	217,99 €
10212	Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe, z.B. hochintensivierter fokussierter Ultraschall (HIFU)	337,26 €
10213	Passagere Implantation von bis zu fünfzehn Hohlnadeln in die Prostata im Rahmen einer perkutanen interstitiellen Brachytherapie	308,26 €
10214	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10213 für die Implantation weiterer Hohlnadeln, je weitere fünf Hohlnadeln <i>Der Zuschlag nach Nummer 10214 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	73,64 €
10215	Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm oder vom Rektum aus	169,98 €
10216	Operative Entfernung eines Prostataadenoms	546,39 €
10217	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen mit Unterbindung der Samenleiter ohne Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, ggf. einschließlich suprapubischem Katheter	1 071,37 €
10218	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10172, 10173, 10198, 10216 oder 10217 für den perinealen Zugang, einschließlich Wundverschluss <i>Der Zuschlag nach Nummer 10218 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	137,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10219	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162 oder 10217 für die Präparation der Nn. erigentes (Neurolyse), auch beidseits	150,03 €
10220	Unterbindung eines Samenleiters, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Teilresektion des Samenleiters, je Seite	104,71 €
10221	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters, als selbständige Leistung, je Seite	732,11 €
10222	Skrotale Entfernung eines Wasserbruchs (Hydrozele), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Entfernung der Hydrozelenwand - Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	251,36 €
10223	Skrotale Entfernung eines Nebenhodens oder einer Spermatozele, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	206,76 €
10224	Skrotale Entfernung eines Nebenhodens und einer Spermatozele, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	258,92 €
10225	Operative Entnahme von Spermien aus dem Nebenhoden (MESA) und/oder Hoden (TESE), je Seite	317,37 €
10226	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10138, 10221 oder 10225 bei Verwendung eines Operationsmikroskops	30,84 €
10227	Operative Fixierung eines Hodens (Orchidopexie), als selbständige Leistung	181,96 €
10228	Operative Fixierung beider Hoden, als selbständige Leistung	373,26 €
10229	Operative Freilegung eines Hodens, Detorquierung einer Hodentorsion und/oder Entfernung einer Hydatide testis, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Orchidopexie - Anbringen eines Hodensuspensoriums, je Seite	204,82 €
10230	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10229 für die Fixierung des Hodens auf der gegenüberliegenden Seite	61,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10231	Teilentfernung eines Hodens (Tumorenukleation), je Seite	310,12 €
10232	Skrotale Entfernung eines Hodens, ggf. einschließlich Entfernung des Nebenhodens derselben Seite, je Seite	208,18 €
10233	Inguinale Entfernung eines Hodens, ggf. einschließlich Entfernung des Nebenhodens derselben Seite, je Seite	361,24 €
10234	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10232 oder 10233 für das operative Einlegen einer Hodenprothese, je Seite	61,04 €
10235	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10231, 10232 oder 10233 für die Biopsie des kontralateralen Hodens	81,38 €
10236	Operatives Einlegen einer Hodenprothese, je Seite	210,67 €
10237	Operative Entfernung einer Hodenprothese, je Seite	186,26 €
10238	Operation eines Leistenhodens, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Anfertigung einer Skrotaltasche (Dartos-Pouch), je Seite	305,89 €
10239	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10238 für die Operation eines Abdominalhodens	140,66 €
10240	Replantation des Skrotums mit einem oder zwei Hoden, einschließlich - Naht der Samenleiter und der Nebenhoden - arteriellem und venösem Anschluss, direkt oder durch Interponat - Nervennaht, direkt oder durch Interponat, Verwendung eines Operationsmikroskops - Defektdeckung mit zusätzlichem geschwenkten, gestielten und/oder freien Lappen	898,45 €
10241	Operation eines Bauchhodens, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Anfertigung einer Skrotaltasche (Dartos-Pouch), je Seite	550,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10242	Autotransplantation eines Bauchhodens, ggf. einschließlich laparoskopischer Identifikation des Hodens und Entnahme aus dem Bauchraum	614,02 €
10243	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10138, 10156, 10157, 10158, 10159, 10160, 10161, 10162, 10164, 10166, 10167, 10168, 10169, 10170, 10171, 10172, 10173, 10174, 10176, 10178, 10179, 10180, 10181, 10183, 10184, 10185, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10197, 10216, 10217, 10241 oder 10242 für die Eröffnung des Bauchraumes, offen chirurgisch, einschließlich - Eröffnung des Retroperitonealraumes von der Bauchhöhle aus - Inspektion und Austasten des Bauchraumes und/oder Retroperitonealraumes - Spülung - Absaugen von Flüssigkeit und/oder Hämatom - Wundverschluss	206,46 €
10244	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10138, 10156, 10157, 10158, 10159, 10160, 10161, 10162, 10164, 10166, 10167, 10168, 10169, 10170, 10171, 10172, 10173, 10174, 10176, 10178, 10179, 10180, 10181, 10183, 10184, 10185, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10197, 10216, 10217, 10241 oder 10242 für die Eröffnung des Bauchraumes, laparoskopisch, einschließlich - Einbringen der Trokare auch über Mini-Laparotomien - Eröffnung des Retroperitonealraumes von der Bauchhöhle aus - Inspektion des Bauchraumes und/oder Retroperitonealraumes - Spülung - Absaugen von Flüssigkeit und/oder Hämatom - Wundverschluss	275,28 €
10245	Operation einer Phimose, komplett oder inkomplett, ggf. einschließlich Frenulumplastik	171,16 €
10246	Operative Reposition einer Paraphimose	171,16 €
10247	Operative Durchtrennung und plastische Versorgung des Frenulum praeputii, als selbständige Leistung	84,04 €
10248	Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie oder Epispadie	732,75 €
10249	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10248 für die Penisschaftaufrichtung, ggf. einschließlich Korrektur einer Penisschaftverkrümmung	281,33 €
10250	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10248 für die Durchführung einer Sphinkterplastik	281,33 €
10251	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10248 für die Rekonstruktion mit Transplantation von Mundschleimhaut	421,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10252	Korrektur einer penoskrotalen Transposition	380,45 €
10253	Plastische Korrektur einer penoskrotalen Schwimmhaut (Palmure)	380,45 €
10254	Plastische Korrektur eines vergrabenen Penis (buried penis)	380,45 €
10255	Penis(teil)amputation, einschließlich Verlagerung der Harnröhre	517,51 €
10256	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10217 oder 10255 für die minimale pelvine Lymphadenektomie beidseits, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10256 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9979, 9980, 10798 oder 10803 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10256 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10257 oder 10258 nicht berechnungsfähig.</i>	468,88 €
10257	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10217 oder 10255 für die modifizierte pelvine Lymphadenektomie beidseits, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10257 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9979, 9980, 10798 oder 10803 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10257 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10256 oder 10258 nicht berechnungsfähig.</i>	586,10 €
10258	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10217 oder 10255 für die extendierte pelvine Lymphadenektomie beidseits, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10258 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9979, 9980, 10798 oder 10803 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10258 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10256 oder 10257 nicht berechnungsfähig.</i>	421,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10259	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10217 oder 10255 für die retroperitoneale Lymphadenektomie, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10259 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9979, 9980, 9981, 9982, 9983 oder 10708 bis 10798 nicht berechnungsfähig.</i>	703,32 €
10260	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10166, 10174, 10176, 10181, 10183, 10184, 10185, 10187, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10197, 10256, 10257, 10258 oder 10259 für die dorsale oder laterale Eröffnung des Retroperitonealraumes, offen chirurgisch, einschließlich - Inspektion und Austasten des Retroperitonealraumes - Absaugen von Flüssigkeit und/oder Hämatom - Wundverschluss <i>Der Zuschlag nach Nummer 10260 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	137,64 €
10261	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10166, 10174, 10176, 10181, 10183, 10184, 10185, 10187, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10197, 10256, 10257, 10258 oder 10259 für die dorsale oder laterale Eröffnung des Retroperitonealraumes, laparoskopisch, einschließlich - Einbringen der Trokare auch über Mini-Laparotomien - Inspektion des Retroperitonealraumes - Absaugen von Flüssigkeit und/oder Hämatom - Wundverschluss <i>Der Zuschlag nach Nummer 10261 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	206,46 €
10262	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10255 für die parallele Entfernung der inguinalen Lymphknoten, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie - sowie Gewebeentnahme durch Aspiration, Probeexzision und/oder Probepunktion, je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 10262 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9975 oder 10804 nicht berechnungsfähig.</i>	468,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10263	Entfernung der inguinalen Lymphknoten, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie - Gewebeentnahme durch Aspiration, Probeexzision und/oder Probepunktion, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10263 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9975 oder 10804 nicht berechnungsfähig.</i>	638,33 €
10264	Operative Korrektur einer Penisverkrümmung mittels Raffplastik nach Nesbit oder nach Essed-Schroeder, als selbständige Leistung	251,36 €
10265	Operative Therapie einer Penisverkrümmung mittels Korporoplastik, ggf. einschließlich - Defektdeckung durch ein Transplantat - Mobilisation der Harnröhre	434,48 €
10266	Operative Versorgung einer Penisfraktur	312,40 €
10267	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10266 für die Übernähung der Urethra	81,38 €
10268	Operative Implantation einer Penisstützprothese	497,67 €
10269	Operative Entfernung einer Penisstützprothese	271,71 €
10270	Operative Shunt-Anlage zur Behebung eines Priapismus	120,71 €
10271	Replantation des Penis, einschließlich - Naht der Corpora cavernosa - arteriellem und venösem Anschluss (direkt oder durch Interponat) - Nervennaht (direkt oder durch Interponat) - Naht und Schienung der Urethra (direkt oder mit Interponat) - Verwendung eines Operationsmikroskops - Defektdeckung mit zusätzlichem geschwenkten, gestielten und/oder freien Lappen	1 056,66 €
10272	Geschlechtsumwandlung Mann zu Frau, mittels Penektomie mit Schwellkörperplastik, Harnröhrentransposition und Skrotallappenplastik	1 296,55 €
10273	Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisaufbauplastik	1 556,60 €
10274	Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisprothesenimplantation (erste Teiloperation)	746,43 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10275	Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisprothesenimplantation (zweite Teiloperation)	746,43 €
10276	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 252,53 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10276 ist neben der Leistung nach Nummer 10277 oder 10278 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	22,65 €
10277	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 252,53 EUR bis zu 690,16 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10277 ist neben der Leistung nach Nummer 10276 oder 10278 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	64,38 €
10278	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XIV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 690,16 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10278 ist neben der Leistung nach Nummer 10276 oder 10277 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	160,87 €

XV. Operative Augenheilkunde**11.15**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10300	Inzision und/oder (Teil-)Exzision und/oder Refixation der Tränendrüse, ggf. einschließlich - Entfernung von Steinen oder Fremdkörpern - Verödung	258,62 €
10301	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und/oder sonstigen Anteilen der Tränenwege	237,30 €
10302	Operativer Verschluss des Tränenpunktes (nicht durch Implantat), ggf. einschließlich - Dehnung - Spülung - Sondierung - Salbenfüllung - Kaustik	80,75 €
10303	Rekonstruktion des Tränenkanals und/oder des Tränenpunktes oder andere Rekonstruktionen der Tränenwege, ggf. einschließlich - Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle - Sondierung als Spaltungsvorbereitung - Endoskopische Beurteilung der Tränenwege	184,34 €
10304	Dakryozystorhinostomie, chirurgisch oder endoskopisch, ggf. einschließlich Knochenfensterung	343,90 €
10305	Inzision und/oder Biopsie und/oder Entfernung von Nahtmaterial und/oder Entfernung von Kalkinfarkten aus den Augenlidern oder der Bindehaut <i>Die Leistung nach 10305 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts L XV nicht berechnungsfähig.</i>	29,19 €
10306	Oberflächliche Exzision einer Geschwulst oder von Xanthelasma aus den Augenlidern oder der Bindehaut	101,15 €
10307	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10306 für operative Maßnahmen an der Lidkante	60,08 €
10308	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10306 für die tiefe Exzision von Gewebe des Augenlides	22,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10309	Operationen an Kanthus und/oder Epikanthus, ggf. einschließlich - Kanthotomie - Kanthopexie - Tarsorrhaphie mit oder ohne Lidkantenexzision - Eröffnung einer Tarsorrhaphie, je Lid - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - operative Maßnahmen an der Lidkante	318,21 €
10310	Operation bei Entropium und/oder Ektropium und/oder Trichiasis und/oder Lagophthalmus, ggf. einschließlich - Operation an den Lidretraktoren des Unterlides - horizontaler Lidverkürzung mittels Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - operative Maßnahmen an der Lidkante	343,90 €
10311	Operation bei Blepharo-/Dermatochalasis, ggf. einschließlich - Hautresektion - Rekonstruktion der Lidfurche - operative Maßnahmen an der Lidkante - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides, je Lid	452,64 €
10312	Operation bei Blepharoptosis oder Veränderung der vertikalen Lidlänge, ggf. einschließlich - Tarsusresektion - Levator-/Aponeurosefaltung und/oder -resektion - Hautresektion - Rekonstruktion der Lidfurche - Sehnen, Faszien- oder Muskelverlängerung - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - operative Maßnahmen an der Lidkante	429,17 €
10313	Frontalissuspension, ggf. einschließlich - Hebung der Augenbraue - Hautresektion - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - operative Maßnahmen an der Lidkante	301,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10314	Verschluss tiefer Liddefekte, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Verschluss oberflächlicher Liddefekte - operativer Maßnahmen an der Lidkante	564,87 €
10315	Rekonstruktion des Augenlides und/oder des Bindehautsackes nach Verletzung, Verätzung, Gewebsentfernung oder angeborener Missbildung, ggf. einschließlich - oberflächlicher Exzision von Gewebe des Augenlides - Verschluss oberflächlicher Liddefekte - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - Transplantation von Schleimhaut und/oder Bindehaut - Entnahme des Transplantates - Maßnahmen am Lidknorpels - operative Maßnahmen an der Lidkante	343,90 €
10316	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10306, 10309, 10310, 10311, 10312, 10313, 10314 oder 10315 für Rekonstruktionen der Augenlider, z.B. durch Verschiebeplastik der Lidkante, Tarsokonjunktival-Transplantat und dessen Entnahme, Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides, Rekonstruktion des Lidwinkels	191,87 €
10317	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10306, 10309, 10310, 10311, 10312, 10313, 10314 oder 10315 für Oberflächenbehandlung und/oder Exzision und/oder Destruktion von erkranktem Gewebe des Augenlids und/oder der Bindehaut und/oder Lidspaltenöffnung und/oder Lidspaltenerweiterung mittels Laser-, Kryo- oder Thermokoagulation <i>Der Zuschlag nach Nummer 10317 ist neben der Leistung nach Nummer 10319 nicht berechnungsfähig.</i>	80,11 €
10318	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10309, 10310, 10311, 10312, 10313, 10314 oder 10315 für die Entfernung eines orbitalen Fettgewebssprolapses	60,08 €
10319	Lidspaltenöffnung und/oder Lidspaltenerweiterung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Laser-, Kryo- oder Thermokoagulation - (freiem) Hauttransplantat ggf. mit dessen Entnahme <i>Die Leistung nach Nummer 10319 ist neben der Leistung nach Nummer 10317 nicht berechnungsfähig.</i>	132,27 €
10320	Verstärkender oder schwächender Eingriff oder andere Operation an einem geraden Augenmuskel durch operative Spannungsänderung, einschließlich Eröffnung der Bindehaut, ggf. einschließlich - Untersuchung auf passive Beweglichkeit (Traktionstest) - Entfernung von Adhäsionen zwischen Muskel und Faszie	386,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10321	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10320 für verstärkenden oder schwächenden Eingriffe oder andere Operationen an jedem weiteren geraden Augenmuskel, je Augenmuskel	136,40 €
10322	Verstärkender oder schwächender Eingriff oder andere Operation an einem schrägen Augenmuskel durch operative Spannungsänderung, einschließlich Eröffnung der Bindehaut, ggf. einschließlich - Untersuchung auf passive Beweglichkeit (Traktionstest) - Freilegung des benachbarten geraden Augenmuskels - Entfernung von Adhäsionen zwischen Muskel und Faszie	429,17 €
10323	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10322 für verstärkenden oder schwächenden Eingriff oder andere Operation an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, je Augenmuskel	159,13 €
10324	Operative Hebelarmverkürzung an einem geraden Augenmuskel mittels retroäquatorialer Myopexie, einschließlich Eröffnung der Bindehaut mittels der jeweiligen Dosierung angepasster Technik, ggf. einschließlich - der Prüfung der passiven Motilität um vertikale, horizontale und sagittale Achse - Entfernung von Adhäsionen zwischen Muskel und Faszie - binocularer Untersuchung des Augenhintergrundes	386,53 €
10325	Änderung der Zugrichtung durch Transposition eines oder mehrerer gerader oder schräger Augenmuskeln, ggf. einschließlich - Untersuchung auf passive Beweglichkeit (Traktionstest) - Entfernung von Adhäsionen zwischen Muskel und Faszie	544,13 €
10326	Entfernung von Hornhaut- und/oder Bindehaut- und/oder Korneoskleral-Fäden, ggf. einschließlich - Ektropionieren - Auswischen der Übergangsfalte	42,56 €
10327	Naht einer oder mehrerer Bindehautwunde(n) oder nicht perforierenden Hornhautwunde(n) oder nicht perforierenden Lederhautwunde(n) oder Verschluss eines oder mehrerer Defekte(s) mit Gewebekleber, ggf. einschließlich Säuberung des Wundbettes oder Stichkanales	173,35 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10328	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- und/oder Lederhautverletzung, ggf. einschließlich - Reposition - Abtragung - Versorgung - Naht der Regenbogenhaut - Bindehautdeckung	548,64 €
10329	Pterygiumexzision, und/oder oberflächliche Keratektomie und/oder Exzision einer Epitheleinwachsung, ggf. einschließlich - Anwendung von chemischen Substanzen - Abrasio corneae - Lasertechnik (ausgenommen Excimer-Laser)	217,68 €
10330	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10329 für Pterygiumentfernung, einschließlich gestieltem Bindehautlappen und/oder freiem Bindehaut- oder Schleimhauttransplantat und/oder freiem Limbus-Bindehautsackstransplantat, auch bei Rezidivoperationen, ggf. einschließlich - Darstellung und/oder Freilegung eines oder mehrerer Augenmuskeln - simultaner Amnionmembrantransplantation - simultaner Symblepharolyse	170,55 €
10331	Refraktiv-chirurgischer Eingriff an der Hornhaut, ggf. einschließlich - prä- oder intraoperativer Messung der Hornhautdicke - Bestimmung von Abtragungstiefe und -profil - quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie - Wellenfront-Analyse mittels Aberrometer - Lokalisation der Behandlungszone - Abrasio corneae - Anpassung einer Verbandskontaktlinse	416,61 €
10332	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10331 für Präparation einer Hornhautlamelle durch Anwendung eines Keratoms	40,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10333	Durchgreifende Hornhauttransplantation oder Autorotationskeratoplastik oder lamelläre Hornhauttransplantation, ggf. einschließlich - Entnahme und/oder Präparation des Spendermaterials - Entfernung einer Keratoprothese - Iridektomie - Lokalisation der Behandlungszone - Anpassung einer therapeutischen Kontaktlinse - Lasertechnik (ausgenommen Excimer- oder Femto-Sekundenlaser) - intraoperativer Astigmatismuskontrolle	722,00 €
10334	Temporäre oder bleibende Implantation einer Keratoprothese, ggf. einschließlich - vorderer Vitrektomie - Iridektomie - Lösung vorderer und/oder hinterer Synechien - Lokalisation der Behandlungszone	606,42 €
10335	Refraktive Keratoplastik (z.B. mit Laserthermokeratoplastik) oder Implantation eines intrastromalen Ringsegments oder Kollagenquervernetzung mit Riboflavin und UV-A, ggf. einschließlich - Wellenfront-Analyse mittels Aberrometer - Abrasio corneae - Lokalisation der Behandlungszone - Hornhauttopographie - Lasertechnik (ausgenommen Excimer- oder Femto-Sekundenlaser)	353,58 €
10336	Amnionmembrantransplantation und/oder Deckung der Kornea durch Bindehaut, ggf. einschließlich - Abrasio corneae - Pannektomie - lamellärer Keratektomie auch drei- oder mehrlagig - Bindehautplastik - Symblepharolyse - EDTA-Touchierung - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivaler Injektion	510,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10337	Limbus-Stammzelltransplantation, ggf. einschließlich - Abrasio corneae - Pannektomie - lamellärer Keratektomie - Stammzellen auf Amnionmembran oder Fibringel - Symblepharolyse - Bindehautplastik	730,70 €
10338	Tätowierung der Hornhaut, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich postoperativer Versorgung mit Verbandskontaktlinse	164,31 €
10339	Parazentese der vorderen Augenkammer, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Spülung der vorderen Augenkammer - Wiederherstellung der vorderen Augenkammer	138,19 €
10340	Senkung des Augeninnendrucks bei Glaukom durch Trabekulektomie und/oder Trabekulotomie und/oder Goniotrepanation und/oder durch tiefe Sklerotomie und/oder Viskokanalostomie und/oder Viskokanaloplastie, ggf. einschließlich - Einbringung von Medikamenten zur Fibrosehemmung - Kryokoagulation - Gonioskopie - Iridektomie - Lasertechnik (ausgenommen Excimer-Laser) - Anwendung eines Trabektoms	581,13 €
10341	Senkung des Augeninnendrucks durch Trabekelaspilation, ggf. einschließlich - Einbringung von Medikamenten zur Fibrosehemmung - Iridektomie - Gonioskopie - Lasertechnik	360,30 €
10342	Operation des primären oder sekundären frühkindlichen Glaukoms, ggf. einschließlich - Einbringung von Medikamenten zur Fibrosehemmung - Iridektomie - Gonioskopie - Lasertechnik	722,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10343	Einbringung oder Austausch eines aus der Vorderkammer in den subkonjunktivalen Raum filtrierenden Drainage- oder Shunt-Implantates durch Eröffnung der Bindehaut, als selbständige Leistung (z.B. Ahmed Valve, Baerfeldt Implantat), ggf. einschließlich - Anschlingen/Verlagerung von Augenmuskeln - Iridektomie/Iridotomie - Trabekulektomie - Präparation eines Skleradeckels	630,06 €
10344	Einbringung oder Austausch oder Entfernung eines intraokularen aus der Vorderkammer in den Schlemmschen Kanal oder subkonjunktivalen oder suprachoroidalen Raum filtrierenden Drainage- oder Shunt-Implantates, ggf. einschließlich - Anschlingen/Verlagerung von Augenmuskeln - Iridektomie/Iridotomie - Trabekulektomie - Präparation eines Skleradeckels	387,90 €
10345	Operationen bei Glaukomfolgezuständen durch Suturolyse mit Laser oder Goniopunktur mit dem Laser, nach Goniotomie oder zyklodestruktiven Eingriffen oder Trabekulotomie	187,06 €
10346	Deckelfadenadaptation nach filtrierender Glaukomoperation, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Bindehautnaht	247,85 €
10347	Senkung des Augeninnendrucks bei Glaukom durch Zyklphotokoagulation und/oder Zyklodytherapie und/oder Zyklodiathermie, ggf. einschließlich - Transillumination zur Lokalisation des Ziliarkörpers - Gonioskopie - Lasertechnik	187,34 €
10348	Chirurgische Iridektomie und/oder Iridotomie, ggf. einschließlich - Hornhautnaht - Gonioskopie	240,08 €
10349	Iridotomie mittels Laser oder Laser Trabekuloplastik, ggf. einschließlich - Gonioskopie - Hornhautnaht	221,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10350	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenringes, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Iridektomie oder Iridotomie (chirurgisch oder mittels Laser)	387,90 €
10351	Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe der Iris und/oder des Ziliarkörpers und/oder der Sklera und/oder Chorioidea ohne rekonstruktive Maßnahmen, ggf. einschließlich - Fixation des Ziliarkörpers - Iridektomie	548,64 €
10352	Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe der Iris und/oder des Ziliarkörpers und/oder der Sklera und/oder Chorioidea mit rekonstruktiven Maßnahmen, ggf. einschließlich - Fixation des Ziliarkörpers - Iridektomie	924,26 €
10353	Behandlung des Nachstars mittels chirurgischer Kapsulotomie und/oder Nachstarabsaugung, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich vorderer Vitrektomie	319,02 €
10354	Kapsulotomie durch Laser und/oder Laserpolitur einer Intraokularlinse oder Laservitreolyse, als selbständige Leistung	199,36 €
10355	Phakoemulsifikation der Augenlinse oder Entfernung einer luxierten Linse aus der Vorderkammer oder Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper, ggf. einschließlich - Implantation einer Intraokularlinse - Implantation einer Sonderform einer Intraokularlinse - Färbetechniken - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - Parazentese - Iridektomie - vorderer Vitrektomie - Beseitigung einer primären hinteren Kapselfibrose durch hintere Kapsulotomie und/oder Fibroseschälung - temporärer chirurgischer Pupillenerweiterung - subkonjunktivalen Injektion(en)	605,46 €
10356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355 für den Einsatz eines Femto-Sekundenlasers <i>Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung des Zuschlags nach Nummer 10356 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	235,97 €
10357	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355 für den Einsatz eines Nano-Lasers	28,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10358	Intrakapsuläre oder extrakapsuläre Extraktion der Augenlinse, ggf. einschließlich - Implantation einer Intraokularlinse - Implantation einer Sonderform einer Intraokularlinse - Färbetechniken - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - Parazentese - Iridektomie - vorderer Vitrektomie - Beseitigung einer primären hinteren Kapselfibrose und/oder Fibroseschälung - temporärer chirurgischer Pupillenerweiterung - subkonjunktivaler Injektion	412,91 €
10359	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355 oder 10358 für die Einführung eines Kapselspannrings in den Kapselsack	105,25 €
10360	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355 oder 10358 für Pars-Plana-Lentektomie	193,22 €
10361	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10331, 10333, 10335 oder 10358 für den Einsatz eines Femto-Sekundenlasers, auch zusätzlich zum Einsatz anderer Lasertechnik	235,97 €
10362	Reposition einer Intraokularlinse, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Entfernung verbliebener Linsenreste aus der Vorderkammer - Iridektomie - vorderer Vitrektomie	292,70 €
10363	Entfernung einer Intraokularlinse, ggf. einschließlich - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - Parazentese - Iridektomie - vorderer Vitrektomie - subkonjunktivalen Injektion(en)	360,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10364	Implantation einer Intraokular(Sonder-)linse, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Maßnahmen am Kapselsack (z.B. vordere/hintere Kapsulotomie, Kapselpolitur, Fibroeschälung, Nachstarabsaugung) - Maßnahmen an Pupille (z.B. Sphinkterotomien, Pupilloplastik) - Färbetechniken - Iridektomie oder Iridotomie oder Trabekelaspilation - vorderer Vitrektomie - temporärer chirurgischer Pupillenerweiterung oder Pupilloplastik - Einbringung viskoelastischer Substanzen	345,33 €
10365	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355, 10358, 10362 oder 10364 für Nahtfixation einer Intraokularlinse	131,56 €
10366	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10329, 10331, 10333, 10334, 10335, 10340, 10355, 10358 oder 10364 für den Einsatz eines Excimer-Lasers, auch zusätzlich zum Einsatz anderer Lasertechnik	197,53 €
10367	Refraktiv-chirurgischer Eingriff am phaken oder pseudophaken Auge unter Anwendung eines intraokularen Implantats, ggf. einschließlich - Hornhautendothelzellmikroskopie und/oder Vorderabschnitts-OCT, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem operativen Eingriff - Iridektomie oder Iridotomie (chirurgisch oder mittels Laser)	594,26 €
10368	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355, 10358, 10364 oder 10367 für hornhautplastische Maßnahme (z.B. zirkuläre Keratotomie/T-Cut)	165,40 €
10369	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10355, 10358, 10362, 10364 oder 10367 für die Markierung und/oder Messung der Achslage einer torischen intraokularen Sonderlinse <i>Der Zuschlag nach Nummer 10369 ist neben der Leistung nach Nummer 4867 nicht berechnungsfähig.</i>	110,27 €
10370	Fokale oder flächige Laserkoagulation an der Netzhaut und/oder Aderhaut, als selbständige Leistung, einschließlich Lokalisation der zu behandelnden Zone, ggf. einschließlich - Oberflächen-/Lokalanästhesie - Pupillenerweiterung - Kontaktglasuntersuchung von Netzhaut	250,82 €
10371	Kryokoagulation an der Netzhaut und/oder Aderhaut, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Pupillenerweiterung - Transillumination - Punktion subretinaler Flüssigkeit und/oder Biopsie	187,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10372	Vordere Vitrektomie und/oder Glaskörperstrangdurchtrennung, ggf. einschließlich - Iridektomie - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivalen Injektion(en) - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression <i>Die Leistung nach Nummer 10372 ist neben der Leistung nach Nummer 10353 nicht berechnungsfähig.</i>	266,39 €
10373	Operation einer Netzhautablösung durch Aufnähen einer Plombe und/oder Zerklage, ggf. einschließlich - Kryokoagulation an der Netzhaut und/oder Aderhaut - Darstellung und/oder Freilegung eines oder mehrerer Augenmuskeln - chirurgischer Eingriffe an den Augenmuskeln - Punktion subretinaler Flüssigkeit	817,45 €
10374	Aufnähen eines strahlenden Applikators, ggf. einschließlich Darstellung und/oder Freilegung eines oder mehrerer Augenmuskeln und/oder deren Darstellung	237,30 €
10375	Intravitreale operative Medikamenteneinbringung und/oder Implantation eines intra- oder periokularen Medikamententrägers, je Auge	245,40 €
10376	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, ggf. einschließlich - Glaskörper-Tamponade - Plombenaufnähen - Laserkoagulation und/oder Kryokoagulation an der Netzhaut - Retinopexie - intravitrealer Medikamenteneingabe und/oder Implantation eines intraokularen Medikamententrägers - Iridektomie - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivalen Injektion(en) - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - Färbetechniken	883,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10377	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie und Entfernung epiretinaler Membranen, ggf. einschließlich - Glaskörper-Tamponade - Plombenaufnäheung - Laserkoagulation und/oder Kryokoagulation an der Netzhaut - Retinopexie - intravitrealer Medikamenteneingabe und/oder Implantation eines intraokularen Medikamententrägers - Färbetechniken - Iridektomie - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivalen Injektion(en) - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression	944,07 €
10378	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10376 oder 10377 für subretinale Drainage	82,70 €
10379	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen, einschließlich retino-vitrealem Eingriff mit Entfernung subretinaler und/oder epiretinaler Membranen, ggf. einschließlich - Färbetechniken - Iridektomie - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivalen Injektion(en) - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - Glaskörpertamponade - Plombenaufnäheung - Laserkoagulation und/oder Kryokoagulation an der Netzhaut - Retinopexie - intravitrealer Medikamenteneingabe und/oder Implantation eines intraokularen Medikamententrägers	1 727,94 €
10380	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10376, 10377 oder 10379 für Fremdkörperentfernung	248,43 €
10381	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10376, 10377 oder 10379 für Retinektomie und/oder Gewinnung, Implantation und Transplantation der Retina, von Zellen der Retina, von Thrombozyten, von Aderhaut, von Pigmentepithel und/oder Rotation der Netzhaut	165,40 €
10382	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10376, 10377 oder 10379 für die Implantation einer epi- oder subretinalen Sehprothese	165,40 €
10383	Entfernung einer Plombe und/oder eines strahlenden Applikators, ggf. einschließlich Eingriffen an den Augenmuskeln	220,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10384	Austausch oder Auffüllung einer Glaskörpertamponade mit Silikonöl, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich Iridektomie	450,58 €
10385	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Orbita oder dem Bulbus, ggf. einschließlich der Anwendung eines Magneten	284,48 €
10386	Operative Entfernung des Augapfels, ggf. einschließlich Transplantation von Haut und/oder Hautfettgewebe	258,62 €
10387	Teilexzision oder Totalexzision von erkranktem Gewebe aus der Orbita und/oder Ausräumung der Orbita, ggf. einschließlich - Transplantation von Haut und/oder Hautfettgewebe - Transplantation und/oder Transposition von sonstigem Gewebe - Durchführung von Hautlappenplastiken <i>Die Leistung nach Nummer 10387 ist neben der Leistung nach Nummer 9166 oder 9171 nicht berechnungsfähig.</i>	301,26 €
10388	Entfernung des Augapfels und Teilexzision oder Totalexzision von erkranktem Gewebe aus der Orbita und/oder Ausräumung der Orbita, ggf. einschließlich - Transplantation von Haut und/oder Hautfettgewebe, - Transplantation und/oder Transposition von sonstigem Gewebe, - Durchführung von Hautlappenplastiken	408,48 €
10389	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10386, 10387 oder 10388 für die Einsetzung eines intraorbitalen Implantats, ggf. einschließlich - Verankerung der Augenmuskeln an dem Orbitaimplantat - Verankerung von muskelgestielten Sklerallappen am Orbitaimplantat	497,41 €
10390	Sekundäres Einsetzen und/oder Entfernung eines intraorbitalen Implantats, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Transplantation von (Schleim-)Haut und/oder Hautfettgewebe - Durchführung von Hautlappenplastiken - Verankerung der Augenmuskeln an dem Orbitaimplantat - Verankerung von muskelgestielten Sklerallappen am Orbitaimplantat	343,90 €
10391	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10311, 10312, 10385, 10386, 10387, 10388 oder 10390 für Orbitotomie	211,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10392	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 300,66 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10392 ist neben der Leistung nach Nummer 10393 oder 10394 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	38,27 €
10393	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 300,66 EUR bis zu 433,99 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10393 ist neben der Leistung nach Nummer 10392 oder 10394 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	69,26 €
10394	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XV, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 433,99 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10394 ist neben der Leistung nach Nummer 10392 oder 10393 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	136,13 €

XVI. Hernienchirurgie**11.16**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10500	Operation eines Nabel- und/oder Mittellinien- und/oder Bauchwandbruches durch direkten Nahtverschluss, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung	296,29 €
10501	Operation eines Nabel- und/oder Mittellinien- und/oder Bauchwandbruches, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	355,78 €
10502	Operation eines Nabel- und/oder Mittellinien- und/oder Bauchwandbruches mit allogenem oder alloplastischem Material, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	426,60 €
10503	Operation eines Nabel- und/oder Mittellinien- und/oder Bauchwandbruches mit allogenem oder alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	479,08 €
10504	Operation eines Bauchnarbenbruches durch direkte Naht, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung <i>Die Leistung nach Nummer 10504 ist neben der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502 oder 10505 nicht berechnungsfähig.</i>	264,08 €
10505	Operation eines Bauchnarbenbruches mit allogenem oder alloplastischem Material, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung <i>Die Leistung nach Nummer 10505 ist neben der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502 oder 10504 nicht berechnungsfähig.</i>	600,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10506	Operation eines Bauchnarbenbruches mit allogenem oder alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung <i>Die Leistung nach Nummer 10506 ist neben der Leistung nach Nummer 10503 nicht berechnungsfähig.</i>	533,21 €
10507	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504 oder 10506 für die Refixation des Nabels	16,56 €
10508	Operation einer parastomalen Hernie durch Nahtverschluss, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung	771,67 €
10509	Operation einer parastomalen Hernie mit alloplastischem Material, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	909,27 €
10510	Operation einer parastomalen Hernie mit alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	1 184,47 €
10511	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10501 bis 10510 für Komponentenseparation	395,60 €
10512	Operation eines medialen und/oder lateralen Leistenbruches und/oder Schenkelbruches durch Faszien- und Muskelverschiebeplastik, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung	399,71 €
10513	Operation eines medialen und/oder lateralen Leistenbruches und/oder Schenkelbruches mit alloplastischem Material, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung, einseitig	414,61 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10514	Operation eines medialen und/oder lateralen Leistenbruches und/oder Schenkelbruches mit alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung, einseitig	477,55 €
10515	Operation eines medialen und/oder lateralen Leistenbruches und/oder Schenkelbruches mit alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung, beidseitig	744,19 €
10516	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504, 10506, 10512, 10513, 10514 oder 10515 für die Entfernung eines Lipoms	16,56 €
10517	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10512, 10513, 10514 oder 10515 für eine Funikulolyse	87,91 €
10518	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10512, 10513, 10514 oder 10515 für die Rückverlagerung des Hodens in das Skrotum und/oder Entfernung eines Wasserbruchs	81,28 €
10519	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10512, 10513, 10514 oder 10515 für Adhäsiolyse	80,58 €
10520	Operation einer Omphalozele oder einer Gastroschisis, einschließlich Rückverlagerung von Darm in die Bauchhöhle und schichtweisem Bauchdeckenverschluss	389,49 €
10521	Operation eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel mit Freilegung und Resektion des Verbindungsganges, offen chirurgisch, ggf. einschließlich Resektion eines Dünndarmsegmentes	281,69 €
10522	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10520 oder 10521 für den plastischen Verschluss der Bauchdecke mit allogenem oder alloplastischem Material	60,79 €
10523	Operation eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel mit Freilegung und Resektion des Verbindungsganges, laparoskopisch, ggf. einschließlich Resektion eines Dünndarmsegmentes	381,75 €
10524	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504, 10506, 10521 oder 10523 für die Rekonstruktion des Nabels	102,56 €
10525	Operation einer Zwerchfellhernie, offen chirurgisch, ohne antirefluxive Maßnahme an der Speiseröhre, ggf. einschließlich - Zwerchfellresektion, auch minimalinvasiv - Zwerchfellrekonstruktion durch Naht	799,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10526	Operation einer Zwerchfellhernie, laparoskopisch, ohne antirefluxive Maßnahme an der Speiseröhre, ggf. einschließlich - Zwerchfellresektion, ggf. mit Rekonstruktion - Zwerchfellrekonstruktion durch Naht	854,79 €
10527	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10525 oder 10526 für Fundophrenicopexie oder Gastroventropexie	131,87 €
10528	Operation einer Zwerchfellrelaxation und/oder Transposition des Zwerchfells und/oder Implantation eines Zwerchfellschrittmachers, auch minimalinvasiv	817,54 €
10529	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10525, 10526 oder 10528 für den plastischen Verschluss der Zwerchfellhernie mit allogenem oder alloplastischem Material	65,93 €
10530	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10525, 10526 oder 10528 für den plastischen Verschluss einer Zwerchfellhernie mit Entnahme und Verwendung von autologem Material	219,78 €
10531	Operation einer Skrotalhernie durch Faszien- und Muskelverschiebeplastik, ggf. einschließlich - Entfernung eines Lipoms - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung - Adhäsiolyse - Funikulolyse	557,25 €
10532	Operation einer Skrotalhernie mit alloplastischem Material, offen chirurgisch, ggf. einschließlich - Entfernung eines Lipoms - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung - Adhäsiolyse und/oder Funikulolyse, einseitig	602,35 €
10533	Operation einer Skrotalhernie mit alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Entfernung eines Lipoms - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung - Adhäsiolyse - Funikulolyse, einseitig	648,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10534	Operation einer Skrotalhernie mit alloplastischem Material, laparoskopisch, ggf. einschließlich - Entfernung eines Lipoms - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Reposition von Netz- und oder Darmanteilen bei Einklemmung - Adhäsiolyse - Funikulolyse, beidseitig	840,47 €
10535	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Omentum majus-Anteilen	105,82 €
10536	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Dünndarmanteilen	179,07 €
10537	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Dickdarmanteilen	260,47 €
10538	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 557,18 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10538 ist neben der Leistung nach Nummer 10539 oder 10540 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	75,91 €
10539	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 557,18 EUR bis zu 858,36 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10539 ist neben der Leistung nach Nummer 10538 oder 10540 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	120,11 €
10540	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVI, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 858,36 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10540 ist neben der Leistung nach Nummer 10538 oder 10539 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	189,63 €

XVII. Viszeralchirurgie**11.17****Allgemeine Bestimmungen****1. Das Ausmaß der Lymphknotendissektionen folgt einer anatomisch begründeten vierteiligen Systematik:****Kategorie I - Regionale Lymphadenektomie**

Entfernung in unmittelbarer Nachbarschaft zum Zielorgan (z.B. beim Magenkarzinom Lymphknoten direkt an der großen und kleinen Kurvatur liegend)

Kategorie II - Loko-regionäre Lymphadenektomie

Entfernung von Lymphknoten entlang größerer versorgender Gefäße des Zielorgans (z.B. beim Magenkarzinom Lymphknoten entlang der A. gastrica sinistra und A. hepatica communis)

Kategorie III - Radikale systematische Lymphadenektomie

Erweiterte Entfernung von Lymphknoten einer Region außerhalb des alleinigen Versorgungsgebiets des Zielorgans (z.B. beim Magenkarzinom paraaortal oder interaortokaval)

Kategorie IV - Supraradikale Lymphadenektomie

Entfernung von zusätzlichen Lymphknoten-Regionen, die nicht von Kategorie I bis III umfasst sind (z.B. beim Magenkarzinom Lymphknoten im hinteren unteren Mediastinum) oder extraanatomische Lymphadenektomie bei einem Rezidiveingriff und/oder aberranter Metastasierung

2. Die Leistungen des Abschnitts L XVII beinhalten auch ohne explizite Aufzählung insbesondere auch perianale bzw. perineale offen chirurgische Zugänge sowie perkutane Sondierungen, die mikrochirurgische Operationstechnik, Rendezvous-Prozeduren und Dichtigkeitsprüfungen von Anastomosen.**3. Die in den Leistungslegendierungen als fakultativer Leistungsinhalt genannte Adhäsioolyse im Rahmen des operativen Zugangs zum Zielorgan ist Bestandteil der operativen Leistungen, sofern sie auf einen Quadranten beschränkt ist.****4. Die in den Leistungslegendierungen als fakultative Leistungsinhalte genannten Probeexzisionen oder Aspirationen oder Probeentnahmen oder Probepunktionen sind Bestandteil der operativen Leistungen, sofern sie auf das Zielorgan beschränkt sind.**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10600	Diagnostische Laparoskopie, Pelviskopie oder Retroperitoneoskopie, ggf. einschließlich Probeexzisionen und/oder Probepunktionen mit Anlegen eines Pneumoperitoneums	224,85 €
10601	Appendektomie, ggf. einschließlich - Adhäsioolyse und Mobilisieren der Appendix und/oder des Coecums - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	357,08 €
10602	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10601 bei lokaler Peritonitis	117,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10603	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10601 für die Eröffnung eines oder mehrerer Abszesse	68,29 €
10604	Laparotomie zu diagnostischen Zwecken (ohne Inzision des Retroperitoneums), ggf. einschließlich - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	217,79 €
10605	Eröffnung des Retroperitonealraumes von der Bauchhöhle aus zu diagnostischen Zwecken, ggf. einschließlich - Inspektion und Austasten des Retroperitonealraumes - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Absaugen von Flüssigkeit aus dem Retroperitonealraum - Spülung des Retroperitonealraumes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en), auch von retroperitoneal gelegenen Geweben	256,89 €
10606	Transabdominelle Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper aus dem Retroperitoneum, ggf. einschließlich - Adhäsioolyse und Mobilisieren von Bauchorganen - Inspektion und Austasten der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) <i>Die Leistung nach Nummer 10606 ist neben der Leistung nach Nummer 10613 nicht berechnungsfähig.</i>	336,16 €
10607	Exstirpation eines intrabdominellen oder retroperitonealen Tumors bzw. einer Raumforderung, ohne direkten Organbezug, Durchmesser mindestens 10 cm (z.B. Sarkome)	1 705,33 €
10608	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10607 für Lymphadenektomien (unterschiedlichen Ausmaßes)	220,99 €
10609	Operative Mobilisierung von Darm und Bauchorganen mit Lösung ausgedehnter Verwachsungen und/oder Briden in mehr als einem Quadranten, ggf. einschließlich - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen, auch endoskopisch	782,12 €
10610	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10609 für die operative Versorgung von bis zu drei Läsionen	216,65 €
10611	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10609 für die operative Versorgung von mehr als drei bis sechs Läsionen	337,02 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10612	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10609 für die operative Versorgung von mehr als sechs Läsionen	577,74 €
10613	Entfernung eines Hämatoms oder eines oder mehrerer Fremdkörper aus der Bauchhöhle ohne Eröffnung oder Naht von Hohlorganen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Mobilisieren von Bauchorganen - Inspektion und Austasten der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) <i>Die Leistung nach Nummer 10613 ist neben der Leistung nach Nummer 10606 nicht berechnungsfähig.</i>	316,94 €
10614	Exploration des Bauchraumes bei Peritonitis oder nekrotisierender Pankreatitis mit besonders ausgedehnter Revision (im Sinne einer Inspektion der gesamten Bauchhöhle nach Hinweisen auf eine Peritonitis) und Spülung der gesamten Bauchhöhle, einschließlich Eröffnen und Entleeren von Abszessen und/oder Entfernung von Nekrosen von mehreren Organen, ggf. einschließlich - Anlage eines temporären Bauchdeckenverschlusses oder Bauchdeckenverschlusses mit Netzeinlage - Adhäsiolyse - Mobilisieren von Bauchorganen und Übernähung von Serosadefekten - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	1 103,14 €
10615	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10614 für das Einbringung von Endodrainagen	288,87 €
10616	Parietale Peritonektomie, ggf. einschließlich - Exzision einer oder mehrerer Appendices epiploicae - Resektion des Omentum minus - Resektion von parietalen Peritonealkarzinoseherden - Absaugen auch großer Mengen Flüssigkeit - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	1 003,19 €
10617	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10616 für Adhäsiolyse	144,44 €
10618	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10616 für mesenteriale Peritonektomie	288,87 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10619	Sekundärer Verschluss der Bauchhöhle und Bauchwand oder definitiver Laparostomaverschluss, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Entfernung von Nekrosen - Ausschneiden und/oder Debridement bzw. Anfrischen der Wundränder - Entfernen von Implantaten bzw. ärztlich eingebrachten Fremdkörpern - Absaugen von Flüssigkeit aus der Bauchhöhle - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	823,12 €
10620	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10619 für plastische Maßnahmen im Bereich der Bauchwand	433,31 €
10621	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10619 für das Einbringen von Implantaten zum Ersatz und/oder zur Verstärkung der Bauchwand	391,06 €
10622	Anlegen eines peritoneovaskulären und/oder peritoneovesikalen Shunts, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Implantation einer Pumpe - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	507,08 €
10623	Implantation, Wechsel oder Revision eines Katheterverweilsystems, z.B. Peritonealdialysekatheter, oder Revision des abdominellen Schenkels bei ventrikuloperitonealem Shunt, ggf. einschließlich - Ausschneidung - Abdichtung (z.B. durch Einpassen von Manschetten) und/oder Verschluss der Wunde - Herstellung eines (z.B. subkutanen) Tunnels	263,76 €
10624	Entfernung eines Katheterverweilsystems aus der Bauchhöhle (außer Harnblasenkatheter), z.B. eines Katheters zur Peritonealdialyse, einschließlich aller methodisch notwendigen Maßnahmen; nicht bei Entfernung von Drainagen	151,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10625	Ösophagotomie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Behandlung von Ösophagus- und Fundusvarizen - Ösophagomyotomie - Kardiomyotomie - Kardioplastik - plastischer Maßnahmen am Zwerchfell - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen - Gastropexie - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia	897,25 €
10626	Lokale Eingriffe am zervikalen Ösophagus, ggf. einschließlich - Abtragung von Divertikeln - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren des Ösophagus - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen - Übernähung bei lokalisierter Verletzung	507,08 €
10627	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626 für die Anlage eines Ösophagostomas	144,44 €
10628	Lokale Eingriffe am thorakalen Ösophagus, ggf. einschließlich - Abtragung von Divertikeln - Limitiertes Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thoraxorganen im Rahmen des Zugangs - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	1 022,04 €
10629	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628 für komplexe Adhäsiolyse und Mobilisieren von Ösophagus und Thoraxorganen, ggf. einschließlich Dekortikation	481,45 €
10630	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628 für die Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells	144,44 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10631	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe des terminalen Ösophagus über abdominalen Zugang, ggf. einschließlich - Behandlung von Ösophagusvarizen - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Oberbauchorganen - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	936,75 €
10632	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe am Ösophagus über abdominothorakalen Zugang, ggf. einschließlich - Behandlung von Ösophagusvarizen - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus, Thorax- und Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	1 711,49 €
10633	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628, 10631 oder 10632 für aufwendige Rekonstruktion des Zwerchfells mittels Einbringen von Implantaten, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Organen - Gastropexie	99,95 €
10634	Antirefluxive Plastik bei gastroösophagealer Refluxkrankheit, ggf. einschließlich - Reposition bei Thoraxmagen - Gastropexie - Hiatoplastik - Fundoplicatio - Netzeinlage - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern (auch von Antirefluxsystemen) - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Oberbauchorganen	986,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10635	Partielle Ösophagusresektion, ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - regionärer Lymphknotendisektion und/oder Eingriffen am Lymphsystem - Resektion eines proximalen Magenanteils - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus, Thorax- und/oder Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	2 378,43 €
10636	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10635 für Zwischenschaltung eines Dünndarmabschnitts zur Wiederherstellung der Passage (z.B. nach Longmire) und/oder Reservoirbildung, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates einschließlich Bildung eines Reservoirs und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - Wiederherstellung der Passage mittels Anastomosen - auch mit Verlagerung von Darmanteilen	505,50 €
10637	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10635 für Dickdarminterposition zur Wiederherstellung der Passage, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates einschließlich Bildung eines Reservoirs und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - Wiederherstellung der Passage mittels Anastomosen - auch mit Verlagerung von Darmanteilen	505,50 €
10638	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10631, 10632 oder 10635 für separat und gezielt durchgeführte, abdomino-thorakale Zweifeld-Lymphadenektomie, einschließlich Lymphknotendisektion entlang der A. hepatica communis, A. lienalis und des Truncus coeliacus, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie <i>Der Zuschlag nach Nummer 10638 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10643 oder 10801 neben thorakalen Lymphknotendisektionen nicht berechnungsfähig.</i>	1 123,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10639	Abdominotranshiatale langstreckige bis subtotale Ösophagusresektion, ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendisektion und/oder Eingriffen am Lymphsystem - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardie - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	1 731,59 €
10640	Abdominothorakale langstreckige bis subtotale Ösophagusresektion, ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendisektion und/oder Eingriffen am Lymphsystem - Resektion eines proximalen Magenanteils - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardie - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus - Thorax- und Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	3 777,72 €
10641	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität, ggf. einschließlich loko-regionärer Lymphknotendisektion	2 393,62 €
10642	Totale Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität, ggf. einschließlich - loko-regionärer Lymphknotendisektion und/oder Eingriffen am Lymphsystem - Resektion eines proximalen Magenanteils - Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardie - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen - Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	2 828,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10643	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10631, 10632, 10635, 10639, 10640 oder 10642 für separat und gezielt durchgeführte, radikale, systematische mediastinale Lymphknotendisektion, ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven, Gefäßen und Organen - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Mediastinum <i>Der Zuschlag nach Nummer 10643 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10643 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10638 oder 10801 nicht berechnungsfähig.</i>	319,58 €
10644	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (bei Zustand nach Ösophagusresektion), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Rekonstruktion im Ösophagusbett oder retrosternal - Interposition von autogenem Material bzw. Transposition von Magen- oder Darmanteilen - Erweiterungsplastik - Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen	2 067,36 €
10645	Operation der Ösophagusatresie beim Neugeborenen oder Säugling (d.h. bis zum vollendeten 1. Lebensjahr) oder Revisionsoperation einer Ösophagusatresie, mit Rekonstruktion der Ösophaguspassage, ggf. einschließlich - Plastik bzw. Verlagerung von Muskeln und/oder Fettgewebe - Ösophaguselongation - Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln (bzw. eines Ösophagostomas) - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen <i>Die Leistung nach Nummer 10645 ist neben der Leistung nach Nummer 10646 nicht berechnungsfähig.</i>	1 450,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10646	Operative Beseitigung einer oder mehrerer angeborener Ösophagotrachealer Fisteln mit Herstellung der Kontinuität, ggf. einschließlich - Verlagerung von Muskeln und/oder Fettgewebe - Abtragung von Divertikeln - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie und/oder Antirefluxplastik - Bougieren und/oder Aufweiten von Ösophagus und/oder Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Kehlkopf, Trachea, Ösophagus und Thorax- oder Oberbauchorganen <i>Die Leistung nach Nummer 10646 ist neben der Leistung nach Nummer 10645 nicht berechnungsfähig.</i>	1 315,48 €
10647	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628, 10631, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10644, 10645 oder 10646 für zusätzlichen Zugang zum Ösophagus vom Hals aus, ggf. einschließlich - lokaler Exzision von erkranktem Gewebe - Behandlung von Ösophagusvarizen - Abtragung von Divertikeln - Verschluss und/oder Anlage von Fisteln und/oder eines Ösophagostomas - Bougieren und/oder Aufweiten des Ösophagus - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren des Ösophagus - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	318,03 €
10648	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628, 10631, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10644, 10645 oder 10646 für Magenhochzug und/oder gestielte Jejunumtransposition, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - plastischer Zurichtung und/oder Rekonstruktion des Magens oder Jejunums und/oder Wiederherstellung der Passage mittels Anastomosen - auch mit Hochzug von Darmanteilen <i>Der Zuschlag nach Nummer 10648 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10649 oder 10650 nicht berechnungsfähig.</i>	477,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10649	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10644, 10645 oder 10646 für ein mikrovaskulär gestieltes Interponat aus der Magenwand mit mikrovaskulären Gefäßanastomosen, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates und Einpassen in die Empfängerstelle - plastischer Zurichtung/Rekonstruktion des Restmagens und/oder Wiederherstellung der Passage <i>Der Zuschlag nach Nummer 10649 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10648 nicht berechnungsfähig.</i>	954,09 €
10650	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10645 oder 10646 für ein freies, mikrovaskulär gestieltes Interponat des Dünndarms mit mikrovaskulären Gefäßanastomosen, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren des Darms - plastischer Umformung des Interponates und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - Wiederherstellung der Darmpassage mittels Anastomosen <i>Der Zuschlag nach Nummer 10650 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10648 nicht berechnungsfähig.</i>	954,09 €
10651	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10645 oder 10646 für ein freies, mikrovaskulär gestieltes Interponat des Kolons mit mikrovaskulären Gefäßanastomosen, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - plastischer Zurichtung und/oder Rekonstruktion des Restkolons und/oder Wiederherstellung der Passage mittels Anastomosen <i>Der Zuschlag nach Nummer 10651 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10652 nicht berechnungsfähig.</i>	954,09 €
10652	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10626, 10628, 10632, 10635, 10639, 10640, 10642, 10645 oder 10646 für Kolontransposition, ggf. einschließlich - Freilegung und Präparation aller beteiligten Gefäße - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und Darm - plastischer Umformung des Interponates und Einpassen in die Empfängerstelle einschließlich Anastomosen - plastischer Zurichtung und/oder Rekonstruktion des Darms und/oder Wiederherstellung der Passage mittels Anastomosen <i>Der Zuschlag nach Nummer 10652 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10651 nicht berechnungsfähig.</i>	477,05 €
10653	Versorgung von Fisteln zwischen Ösophagus und Tracheobronchialsystem und/oder ösophagopleurale Fistel mit Fistelresektion und einfacher Naht	2 742,17 €
10654	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10653 für die Ösophagusresektion (als Diskontinuitätsresektion)	531,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10655	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10653 für die Ösophagusresektion mit Rekonstruktion (Magenschlauchbildung)	956,60 €
10656	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10653 für die Versorgung durch plastische Deckung durch Pericard, Pleura oder Latissimus dorsi Lappen	531,45 €
10657	Implantation eines Ösophagusstents	230,82 €
10658	Operative Gastrotomie und/oder Anlage einer Magen- und/oder Dünndarmfistel, ggf. einschließlich - Behandlung von Ösophagus- und Fundusvarizen - Bougieren und/oder Aufweiten von Kardia - Magen und Pylorus - Schrägkanal- bzw. Tunnelbildung - Anlage eines Magendivertikels und/oder Einlage eines Ösophagustubus sowie eines Katheters in Magen oder Dünndarm - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen <i>Die Leistung nach Nummer 10658 ist bei perkutan-endoskopischer Anlage nicht berechnungsfähig.</i>	945,68 €
10659	Atypische partielle Magenresektion oder Kardiaresektion, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Anastomosen bzw. Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendisektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch - laparoskopische oder Rendezvous-Prozedur(en) - Resektion eines distalen Ösophagusanteils <i>Die Leistung nach Nummer 10659 ist bei Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie nicht berechnungsfähig.</i>	879,11 €
10660	Partielle Magenresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität, einschließlich Trans- und/oder Interposition von Magen- und/oder Darmanteilen und Anastomosen, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Reservoirbildung - loko-regionärer Lymphknotendisektion - Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 306,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10661	Subtotale Magenresektion (Resektion von mindestens vier Fünfteln des Magens), mit Wiederherstellung der Kontinuität, einschließlich Trans- und/oder Interposition von Magen- und/oder Darmanteilen und Anastomosen, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Ausdehnung der Resektion auf den Ösophagus oder das Duodenum - Reservoirbildung - En-bloc-Resektion von loko-regionären Lymphknoten der Kategorie II zusammen mit dem Magen - Rekonstruktion des Zwerchfells und/oder Gastropexie - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 462,03 €
10662	Totale Magenresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität, ggf. einschließlich - Ausdehnung der Resektion auf den Ösophagus und/oder das Duodenum - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Dünndarmhochzug und Anastomosen, z.B. Roux-Y - En-bloc-Resektion von loko-regionären Lymphknoten der Kategorie II zusammen mit dem Magen - Rekonstruktion des Zwerchfells - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 789,31 €
10663	Implantation und/oder Entfernung eines Magen- oder Zwerchfellschrittmachers über die Bauchhöhle, ggf. einschließlich - Implantation und/oder Entfernung von Elektroden und Sonden - Implantation und/oder Entfernung eines Schrittmacheraggregates (ein evtl. dazu notwendiger zusätzlicher Zugang ist in dieser Leistung enthalten) - Schaffung und/oder Entfernung extrakorporaler Anschlüsse - Testung, Justierung und Einstellung der Schrittmachervorrichtung - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und/oder Oberbauchorganen - Entfernen von die Implantate umgebenden Fibrosen oder Kapseln - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	678,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10664	Anlage oder Entfernung eines Magenbandes, ggf. einschließlich - Implantation eines Ports zur Einstellung des Bandes (ein evtl. dazu notwendiger zusätzlicher Zugang ist in dieser Leistung enthalten) - Einlegen einer Magensonde, auch mit Ballon, zum Einstellen der Weite des Magenbandes - Testung, Justierung und Einstellung des implantierten Systems - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum)	678,69 €
10665	Neufixierung oder Austausch eines dislozierten bzw. defekten Magenbandes, ggf. einschließlich - Revision bzw. Austausch eines Ports zur Einstellung des Bandes (ein evtl. dazu notwendiger zusätzlicher Zugang ist in dieser Leistung enthalten) - Einlegen einer Magensonde auch mit Ballon, zum Einstellen der Weite des Magenbandes - Testung, Justierung und Einstellung des implantierten Systems - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	823,12 €
10666	Vertikale Gastroplastie (z.B. nach Mason), ggf. einschließlich - Implantation eines Magenbandes und eines Ports zur Einstellung des Bandes (ein evtl. dazu notwendiger zusätzlicher Zugang ist in dieser Leistung enthalten) - Einlegen einer Magensonde auch mit Ballon, zum Einstellen der Weite eines Pouches und/oder Magenbandes, - Testung, Justierung und Einstellung des implantierten Systems - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	967,56 €
10667	Herstellung eines Schlauchmagens (Sleeve-Gastrektomie) als eigenständige Operation, ggf. einschließlich - Einlegen einer Magensonde, auch mit Ballon zum Einstellen der Weite des Magenschlauchs - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	678,69 €
10668	Anlage eines Roux-Y-Magenbypasses, mit Durchtrennen des proximalen Magens und Bildung eines Pouches, Erhalt des distalen Magenanteils, Durchtrennen des Dünndarms, Hochzug einer Dünndarmschlinge und Anastomosen, ggf. einschließlich - Einlegen einer Magensonde, auch mit Ballon zum Einstellen der Weite des Magenpouches - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	1 063,85 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10669	Anlage einer biliopankreatischen Diversion, mit Magenteilresektion und Bildung eines Pouches, Durchtrennen des Dünndarms, Hochzug einer Dünndarmschlinge und Anastomosen, ohne Duodenalswitch, ggf. einschließlich - Einlegen einer Magensonde, auch mit Ballon zum Einstellen der Weite des Magenpouches - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	1 373,53 €
10670	Anlage eines Duodenalswitch, mit biliopankreatischer Diversion, Durchtrennen des Dünndarms, Hochzug einer Dünndarmschlinge und Anastomosen, ohne Schlauchmagenbildung, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und Oberbauchorganen - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum)	1 303,03 €
10671	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10670 für die zusätzliche Herstellung eines Schlauchmagens (Sleeve-Gastrektomie) in der gleichen Operation, ggf. einschließlich - Einlegen einer Magensonde, auch mit Ballon zum Einstellen der Weite des Magenschlauchs - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	321,77 €
10672	Umwandlungsoperation am Magen bei Zustand nach Resektion am Magen (z.B. Billroth I in Billroth II oder Interposition), ggf. einschließlich - Resektion von Anastomosen und daran angrenzenden Anteilen von Magen und/oder Darm - Wiederherstellung der Kontinuität einschließlich Pouchbildung - Trans- und/oder Interposition von Darmanteilen und Anastomosen - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - loko-regionärer Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 057,67 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10673	Operative Spaltung des Pylorus und/oder der Pylorusplastik, ggf. einschließlich - Anastomosierungsplastik (Gastroduodenostomie) - Darm und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Einlage einer Magensonde - Dichtigkeitsprüfung des Magens auch endoskopisch - Bougieren und/oder Aufweiten des Pylorus	391,06 €
10674	Operative Pyloromyotomie und/oder Pylorussprengung beim Kind, ggf. einschließlich - Anastomosierungsplastik (Gastroduodenostomie) - Darm und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Einlage einer Magensonde - Dichtigkeitsprüfung des Magen auch endoskopisch - Bougieren und/oder Aufweiten des Pylorus	391,06 €
10675	Operative Vagotomie am Magen, proximal und/oder selektiv, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen Darm und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Einlage einer Magensonde - Dichtigkeitsprüfung des Magens auch endoskopisch	749,18 €
10676	Naht oder Nähte der Magen- und/oder Darmwände (nach Perforation, Verletzung, lokalen Resektionen) und/oder Naht einer oder mehrerer Fisteln bzw. lokale Exzision eines oder mehrerer Ulcera ventriculi und/oder duodeni, ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter oder verletzter Gewebe - Entfernen von Magen- oder Darminhalt - Entfernen von Fremdkörpern aus der Bauchhöhle und/oder aus Bauchorganen - Verwenden von Clips, Endo-Loops und anderen Implantaten - Inspektion, Sondierung und Versorgung von Verletzungen der Rumpfwand und des Peritoneums - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	717,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10677	Gastroenterostomie oder Umgehungsanastomose von Dünndarm, Dickdarm oder Magen, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Pylorusresektion bei Gastroduodenostomie - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Bauchorganen - Verlagerung von Magen und/oder Darm und Anastomosen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	678,69 €
10678	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10677 für jede weitere Anastomose, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Bauchorganen - im Falle einer Dickdarmbeteiligung Freilegung der Ureteren - Verlagerung von Magen und/oder Darm - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	288,87 €
10679	Operative Beseitigung einer Atresie, Stenose, eines oder mehrerer Divertikel und/oder eines oder mehrerer Tumore des Duodenums mit Rekonstruktion durch Transposition, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Oberbauchorganen - Verlagerung von Magen und/oder Darm und Anastomosen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	821,31 €
10680	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10679 für subtotale und/oder totale pankreaserhaltende Duodenektomie, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Oberbauchorganen - Pylorusresektion - Verlagerung von Magen und/oder Darm und Anastomosen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	643,54 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10681	Operative Beseitigung einer Atresie, Stenose, Darmduplikatur und/oder eines Divertikels oder eines Tumors des Jejunums oder des Ileums, mit Rekonstruktion durch Transposition, ggf. einschließlich - Segmentresektion - Verlagerung des Darms und Anastomosen - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen, auch endoskopisch	749,18 €
10682	Langstreckige Resektion eines Dünndarmsegmentes von mehr als 30 cm Länge, einschließlich Anastomosen, ggf. einschließlich - Verlagerung des Darms - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Übernähung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	823,12 €
10683	Teilresektion des Kolons (z.B. Ileozökalresektion, Hemikolektomie rechts oder links, Transversumresektion, Sigmaresektion), ggf. einschließlich - mit Resektion des oralen Rektumdrittels - Resektion des Ileozökalpols einschließlich des terminalen Ileums - Darstellung der Ureteren - entweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen oder Anlage eines Enterostomas - Verlagerung von Darm im Rahmen des Wiederanschlusses - loko-regionärer Lymphknotendisektion - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	897,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10684	Erweiterte bis subtotale Resektion des Kolons einschließlich Resektion beider Flexuren oder Resektion unterschiedlicher, nicht zusammenhängender Dickdarmsegmente (nicht Nachresektion im gleichen Segment), ggf. einschließlich - Resektion des Ileozökalpols einschließlich des terminalen Ileums und/oder Resektion des oralen Rektumdrittels - Identifizierung/Schonung der Ureteren - entweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern	1 256,43 €
10685	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683 oder 10684 für Resektion von mindestens zwei Dritteln des Rektums, sofern die Kolonteilresektion Abschnitte oberhalb der aboralen Descendenshälfte betrifft, ggf. einschließlich - Identifizierung/Schonung der Ureteren - entweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen bzw. einfacher Reservoirbildung (z.B. transversale Koloplastie, Pouch- oder End-zu-Seit-Anastomose) oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendissektion - totaler Entfernung des Mesorektums - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern	349,45 €
10686	Totale Kolektomie mit kompletter Entfernung des Mastdarmes, ggf. einschließlich - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Resektion des Ileozökalpols einschließlich des terminalen Ileums - Proktektomie und Anlage eines Enterostomas - plastischem Verschluss des Beckenbodens - Drainagen - loko-regionärer Lymphknotendissektion - totaler Entfernung des Mesorektums - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern	1 602,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10687	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10686 für Anastomose mit Dünndarminterposition und/oder Reservoirbildung, ggf. einschließlich - plastischer Zurichtung des Interponat und/oder Reservoirs - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	499,72 €
10688	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und mehr als zwei Dritteln des Mastdarmes über abdominellen und perinealen Zugang, ggf. einschließlich - plastischem Verschluss des Beckenbodens - Drainagen - Proktomukosektomie - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Resektion des Ileozökalpols einschließlich des terminalen Ileums - Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendisektion - totaler Entfernung des Mesorektums - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern	1 602,86 €
10689	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10688 für Ileoanale Anastomose mit Pouch, ggf. einschließlich - plastischer Zurichtung des Interponats und/oder Reservoirs - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	499,72 €
10690	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10688 für Ileorektale Anastomose mit Pouch, ggf. einschließlich - plastischer Zurichtung des Interponats und/oder Reservoirs - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	478,84 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10691	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683, 10684, 10686 oder 10688 für erweiterte Kolonresektion mit Entfernung der Gallenblase, ggf. einschließlich - Darstellen, Punktieren und Mobilisieren von Gallenblase und Gallengängen - Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - loko-regionärer Lymphknotendisektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Drainage der Gallengänge <i>Der Zuschlag nach Nummer 10691 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10775 nicht berechnungsfähig.</i>	239,42 €
10692	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683, 10684, 10686 oder 10688 für erweiterte Kolonresektion mit (Teil)Entfernung des Pankreas oder einer Niere, ggf. einschließlich - Darstellen und Mobilisieren von Niere, Nebenniere und Ureter bzw. von Pankreas und anderen Oberbauchorganen - Wiederherstellung der Passage von Pankreassekret bzw. Harn einschließlich Anastomosen - loko-regionärer Lymphknotendisektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	999,45 €
10693	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10614, 10616, 10683, 10686 oder 10688 für die Bildung einer oder mehrerer Netzplombe(n)	139,78 €
10694	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10659, 10660, 10661, 10662, 10681, 10682, 10683, 10684, 10686 oder 10688 für jede zusätzliche, separate Dünndarmsegmentresektion, einschließlich Anastomosen, ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch <i>Der Zuschlag nach Nummer 10694 ist für eine Nachresektion im gleichen Segment sowie neben dem Zuschlag nach Nummer 10695 für dasselbe Segment nicht berechnungsfähig.</i>	153,66 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10695	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10659, 10660, 10661, 10662, 10681, 10682, 10683, 10684, 10686 oder 10688 für jede zusätzliche, separate Resektion eines Dünndarmsegmentes von mehr als 30 cm Länge einschließlich Anastomosen, ggf. einschließlich - Verlagerung des Darms - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Übernähtung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch <i>Der Zuschlag nach Nummer 10695 ist für Nachresektion im gleichen Segment sowie neben dem Zuschlag nach Nummer 10694 für das gleiche Segment nicht berechnungsfähig.</i>	460,98 €
10696	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes, eines Volvulus oder einer Darminvagination, ggf. einschließlich - Beseitigung innerer Hernien - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Bauchorganen - Freilegung der Ureteren im Falle einer Dickdarmbeteiligung - Übernähtung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileus- und oder Rezidivprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	583,37 €
10697	Operation des Mekoniumileus, ggf. einschließlich - Dekompression des Dünn- und/oder Dickdarmes mit Eröffnung und Wiederverschluss des Darms, auch mehrfach - Resektion von Darmsegmenten - Anastomosen - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Übernähtung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	841,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10698	Anlage eines endständigen oder doppelläufigen Enterostomas, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Eröffnung des Darmlumens - Entfernen von Darminhalt - Einlage eines Reiters - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Nachresektion der Darmwandränder	389,82 €
10699	Anlage eines Enterostomas an Dünn- oder Dickdarm im Rahmen eines anderen Eingriffs, sofern die Anlage dieses Enterostomas nicht Teil der Hauptleistung ist, ggf. einschließlich - Eröffnung des Darmlumens - Entfernen von Darminhalt - Einlage eines Reiters - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Nachresektion der Darmwandränder	391,06 €
10700	Verschlussoperation für ein Enterostoma mit Darmnaht, ggf. einschließlich - kurzstreckiger Segmentresektion mit Anastomose - Entfernen von Darminhalt und/oder Fremdkörpern - Ausschneiden des Enterostomas und plastischer Verschluss von Haut und Bauchwand - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	389,82 €
10701	Wiederanschlussoperation des Dünn- und/oder Dickdarms bei endständigem Enterostoma, ggf. einschließlich - Resektion eines Darmsegmentes von bis zu 30 cm Länge - Entfernen von Darminhalt - Ausschneiden des Enterostomas und plastischer Verschluss von Haut und Bauchwand - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Magen, Darm und/oder Bauchorganen - Freilegung der Ureteren im Falle einer Dickdarmbeteiligung - Verlagerung von Magen und/oder Darm und Anastomosen - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 103,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10702	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10701 für Resektion eines Darmsegmentes von über 30 cm Länge, ggf. einschließlich - mehrerer Anastomosen - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Bauchorganen - Übernähung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	478,84 €
10703	Tiefe anteriore Rektumresektion, ggf. einschließlich - perianaler Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Entfernen auch von Anteilen des Kolon sigmoideum und descendens - Identifizierung/Schonung der Ureteren - entweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen und einfacher Reservoirbildung (transverse Kolooplastie) oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendisektion (totale Entfernung des Mesorektums), - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	1 373,53 €
10704	Ultratiefe (bis mindestens 2 cm an den Schließmuskel heranreichende) anteriore Rektumresektion, ggf. einschließlich - perianaler Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Entfernen auch von Anteilen des Kolon sigmoideum und/oder descendens - Identifizierung/Schonung der Ureteren - entweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen und einfacher Reservoirbildung oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendisektion (totale Entfernung des Mesorektums) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch	1 689,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10705	Kombinierte abdominoperineale Rektumexstirpation, ggf. einschließlich - Entfernen auch von Anteilen des Kolon sigmoideum und/oder descendens - Sphinkter-Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Anlage eines Enterostomas - direkte Rekonstruktion des Beckenbodens ohne Lappenplastik - Drainagen - loko-regionärer Lymphknotendisektion (totale Entfernung des Mesorektums) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern	1 057,67 €
10706	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10703 oder 10705 für (teilweise) Sakrumresektion, ggf. einschließlich - zusätzlichem dorsalem Zugang mit Drainagen - Osteotomien - Mobilisieren und Verlagern oder auch Resektion von Haut, Fettgewebe, Muskeln, Gefäßen und Nerven sowie plastischer Verschluss des Defektes	479,04 €
10707	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10677, 10683, 10684, 10686, 10688, 10703, 10704 oder 10705 für separat und gezielt durchgeführte, radikal-systematische Lymphadenektomie der Mesenterialgefäße (Kategorie III), ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10707 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995 oder 10259 nicht berechnungsfähig.</i>	239,42 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10708	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683, 10684, 10686, 10688, 10703, 10704 oder 10705 für die erweiterte radikale, para- und interaortokavale Lymphadenektomie ab Nierenhilus nach kaudal bis zur ersten Iliacabifurkation oder Ausräumung der Foramina obturatoria (Kategorie IV), ggf. einschließlich - Dissektion der Mesenterialwurzel - präsakraler Lymphadenektomie - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10708 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995, 10259, 10707 oder 10791 nicht berechnungsfähig.</i>	557,38 €
10709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683, 10684, 10686, 10688 oder 10705 für erweiterte Kolon- bzw. Rektumresektion mit Entfernung von Uterus und/oder Adnexen, ggf. einschließlich - Darstellen und Mobilisieren von Uterus, Adnexen, Harnblase (mit Freilegung der Ureteren) und anderen Unterbauchorganen - plastischer Versorgung von Vaginalstumpf und/oder Beckenboden - loko-regionärer Lymphknotendissektion - Gewebeentnahm(e) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	499,72 €
10710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10683, 10684, 10686 oder 10705 für erweiterte Kolon- bzw. Rektumresektion mit Entfernung der Milz oder (von Teilen) der Harnblase, ggf. einschließlich - Darstellen und Mobilisieren von Harnblase (mit Freilegung der Ureteren) und anderen Unterbauchorganen oder von Milz und anderen Oberbauchorganen - Wiederherstellung der Harnpassage bzw. Verpflanzung und Schienung von Harnleitern - loko-regionärer Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	718,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10711	Operation des Mastdarmvorfalles über die Bauchhöhle, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Verlagern und Fixieren von Darm und/oder Bauchorganen - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Rekonstruktion des Beckenbodens - Versorgung von Rekto-, Entero- oder Zystozelen - Einbringen von Implantaten (z.B. Netzen) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	678,69 €
10712	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10711 für Resektionsrektopexie, ggf. einschließlich - Entfernen auch von Anteilen des Kolon sigmoideum - Identifizierung/Schonung der Ureteren - Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen - Rekonstruktion des Beckenbodens - Versorgung von Rekto-, Entero- oder Zystozelen - Einbringen von Implantaten (z.B. Netzen) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	875,85 €
10713	Komplette Operation der Anal- und/oder Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung - Prokto-/Rektoskopie(n) - Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen - einfache Reservoirbildung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	974,82 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10714	Primäre Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie mit notfallmäßiger Ableitung des Enddarms, ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomosen, - einfache Reservoirbildung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	591,84 €
10715	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10713 oder 10714 für die Rekonstruktion des Beckenbodens	481,45 €
10716	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10703, 10704, 10713 oder 10714 für die Bildung eines aufwendigen Reservoirs bei Anastomose, z.B. J-Pouch, ggf. einschließlich - plastischer Zurichtung des Reservoirs - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	299,83 €
10717	Darmtransplantation (auch mehrerer Darmabschnitte), homolog, als alleinige Leistung, ggf. einschließlich - Darmresektionen - Versorgung und Rekonstruktion bzw. Anastomosen sämtlicher Blutgefäße - Wiederherstellung der Darmkontinuität einschließlich Anastomosen - plastischer Umformung der Transplantate - intravasaler Injektionen und Spülungen - Lösen von Verwachsungen - Mobilisieren und/oder Verlagern von Darm und/oder Bauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - intraoperativer Überprüfung der Durchblutung und Funktion der Transplantate - Bauchdeckenverschluss mit Netzeinlage - lokaler Lappenplastik und/oder Bauchdeckentransplantat	6 023,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10718	Lappenhebung, Darmsegment zur freien chirurgischen Transplantation, mit Präparation von Gefäßstielen, mit Wiederherstellung der Darmpassage mittels Anastomosen bzw. Versorgung der Hebedefekte, ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren des Darms - Aufbereiten der Transplantate - mikrochirurgischer Präparation - Markierung, Unterbindung und/oder Übernähung von Gefäßen - Spülung der Bauchhöhle und von Gefäßen - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	1 605,76 €
10719	Explantation einer (links-lateralen) Teilleber bei einem Lebendspender zur Transplantation, ggf. einschließlich - Cholezystektomie und Cholangiographie - Pringle- oder ähnliche Manöver - Versorgung und Rekonstruktion von Gallengängen und Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen in einem Quadranten	2 751,05 €
10720	Explantation eines Rechts- oder Links-Lebertransplantates bei einem Lebendspender, ggf. einschließlich - Cholezystektomie und Cholangiographie - Pringle- oder ähnliche Manöver - Versorgung und Rekonstruktion von Gallengängen und Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen in einem Quadranten	2 014,79 €
10721	Implantation einer (ganzen oder rechts-erweiterten, postmortal gespendeten) Leber beim Empfänger, einschließlich Präparation des Spenderorgans und Hepatektomie des kranken Organs, primär oder Re-Implantation innerhalb einer Woche, ggf. einschließlich - Cholezystektomie - Standard-Gefäßpräparation und Klemmung - direkter Anastomosierung von Leberarterie, Pfortader, V. cava und Gallengang - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - intravasale Injektionen und Spülungen - einfaches Mobilisieren der Oberbauchorgane - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen - intraoperative makroskopische Überprüfung der Durchblutung der implantierten Leber	5 041,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10722	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721 für Re-Implantation später als 1 Woche nach Erst-Implantation	1 963,35 €
10723	Implantation eines Leberteils beim Kind, ggf. einschließlich - einfache „backtable“-Präparation einer mittels Lebendspende entnommenen Leber - Entfernung der erkrankten Leber - Standard-Gefäßpräparation und Klemmung - Standard-Gefäßrekonstruktion - Cholezystektomie - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch - Auflösen einer bestehenden biliodigestiven Anastomose, ggf. mit Zurückkürzen der vorhandenen Y-Roux Schlinge	5 205,24 €
10724	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723 für plastischen Abdomenverschluss bei „large-for-size“ Organ	818,06 €
10725	Implantation einer Teilleber (außer rechts-erweitert) beim Erwachsenen, ggf. einschließlich - einfache „backtable“-Präparation einer mittels Lebendspende entnommenen Leber (nicht: Splitten einer postmortal gespendeten Leber) - Entfernung der erkrankten Leber - Standard-Gefäßpräparation und Klemmung - Standard-Gefäßrekonstruktion (1 Lebervenen- oder V. cava-Anastomose, 1 Arterien-Anastomose, 1 Pfortader-Anastomose) - Cholezystektomie - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch - direkte Rekonstruktion des Gallenganges	3 569,11 €
10726	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723 oder 10725 für ausgedehnte Adhäsiolyse bei Vor-OP(s) im Oberbauch (z.B. Kasai-OP)	490,84 €
10727	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723 oder 10725 für ausgedehnte Adhäsiolyse von Darmschlingen, über mehr als einen Quadranten, ggf. einschließlich Distalisierung einer vorhandenen Fußpunktanastomose	425,39 €
10728	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723 oder 10725 für perihepatische Adhäsiolyse bei portaler Hypertension	490,84 €
10729	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723 oder 10725 für das Splitten einer postmortal gespendeten Leber in eine anatomisch rechte und linke Leber	490,84 €
10730	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723 oder 10725 für das links-lateral und rechtserweiterte Splitten einer postmortal gespendeten Leber	163,61 €
10731	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723 oder 10725 für auxiliäre Leberimplantation	736,26 €
10732	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723 oder 10725 für Re-Implantation (zu jedem Zeitpunkt)	425,39 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10733	Implantation, Wechsel und Entfernung eines Port- und/oder Katheterverweilsystems in Leberarterie und/oder Pfortader (z.B. zur Chemotherapie und/oder Embolisation) oder perkutane/offene Pankreas-Inseltransplantation, ggf. einschließlich - sogenannter perkutaner Sondierung der Bauchhöhle - intraoperativer Applikation von Kontrastmitteln - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Absaugen von Flüssigkeit aus der Bauchhöhle - Spülung der Bauchhöhle - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	534,25 €
10734	Einfache Leberresektion (z.B. periphere Subsegment-Resektion oder periphere Enukleation), ggf. einschließlich - Pringle- oder ähnlichem Manöver - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Versorgung von Gallengängen und Blutgefäßen an der Resektionsfläche - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	534,25 €
10735	Limitierte Leberresektion (z.B. anatomische/periphere 1-Segment-Resektion, links-laterale Resektion; limitierte Segm. I-Resektion; Resektion „Gallenblasenbett“ (Segm. IVB/V) bei Gallenblasentumor), ggf. einschließlich - Pringle- oder ähnlichem Manöver - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Versorgung von Gallengängen und Blutgefäßen an der Resektionsfläche - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	678,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10736	„Anatomische“, große Leberresektion (z.B. Hemihepatektomie rechts (Segm. V-VIII), Hemihepatektomie links (Segm. II-IV), Segment IVA+B-Resektion, „transverse“ Leberresektion (Segm. IVB, V, VI), 2. Operation beim „in-situ-split“), ggf. einschließlich - Cholezystektomie - Pringle- oder ähnlichem Manöver - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Versorgung von Gallengängen und Blutgefäßen an der Resektionsfläche - direktem Verschluss abgesetzter Gefäß- und Gallengangsäste zum resezierten Leberteil - Abpräparation der V. cava vom Leberparenchym - Dichtigkeitsprüfung der abgesetzten Strukturen <i>Die Leistung nach Nummer 10736 ist neben der Leistung nach Nummer 10775 für das Segment I nicht berechnungsfähig.</i>	1 383,92 €
10737	Erweiterte oder komplexe Leberresektion (z.B. rechts (Segm. IV-VIII) oder links (Segm. II-V und VII) erweiterte Leberresektion, komplexe zentrale Leberresektion mit längerstreckiger Freilegung von mindestens 2 Lebervenen intrahepatisch, 1. Operation beim „in-situ-split“), ggf. einschließlich - Cholezystektomie - Pringle- oder ähnlichem Manöver - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Versorgung von Gallengängen und Blutgefäßen an der Resektionsfläche - direktem Verschluss abgesetzter Gefäß- und Gallengangsäste zum resezierten Leberteil - Abpräparation der V. cava vom Leberparenchym - Dichtigkeitsprüfung der abgesetzten Strukturen	2 004,53 €
10738	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für jede weitere einfache Leberresektion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10738 ist mehrfach berechnungsfähig.</i>	318,60 €
10739	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für jede weitere limitierte Leberresektion, z.B. auch bei zusätzlicher Segment-I Resektion <i>Der Zuschlag nach Nummer 10739 ist mehrfach berechnungsfähig.</i>	478,30 €
10740	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10736 oder 10737 für Pfortader-Segment-Resektion (mit direkter Rekonstruktion)	239,15 €
10741	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10736 oder 10737 für Arterien-Segment-Resektion (mit direkter Rekonstruktion)	239,15 €
10742	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für retrohepatische V. cava-(Teil)Resektion und ggf. Rekonstruktion	797,17 €
10743	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für Resektion des extrahepatischen Gallengangs und ggf. der Hepatikusgabel (einschließlich Rekonstruktion eines Gallengangs mittels Hepatiko-Jejunostomie, Herstellung einer Y-Roux-Schlinge und Fußpunktanastomose) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10743 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10775 nicht berechnungsfähig.</i>	637,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10744	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für Rekonstruktion der Kontinuität eines (größeren) Gallenganges mittels Naht (inklusive direkter Gallengangs-Anastomose, ggf. inklusive T-Drainage) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10744 ist mehrfach berechnungsfähig.</i>	318,87 €
10745	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für Lebervenen-Rekonstruktion (Reinsertion in V. cava, ggf. Patch-Plastik oder Interponat)	478,30 €
10746	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für laparoskopisches Vorgehen	318,87 €
10747	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für Instillation hyperosmolarer Lösungen bei Operation bei Echinococcus cysticus/granulosus	239,15 €
10748	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736 oder 10737 für intraoperative Radiofrequenzablation (inklusive B-Bild und Farbdoppler-Sonographie-Kontrolle zur Intervention), pro abladiertem Tumorknoten	78,68 €
10749	Inzision(en) der Leber und/oder Versorgung einer Leberverletzung ohne Resektion, ggf. einschließlich - Tamponaden - Ausräumung und Drainage von Abszessen oder Hämatomen - einfache Zysten-Entdachung - Pringle- oder ähnliche Manöver - Versorgung der Leberoberfläche, z.B. mit Naht, Koagulation, Vicrylnetz - Versorgung von Blutgefäßen und/oder Gallengängen, z.B. mittels direkter Naht - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Probepunktion(en)	482,01 €
10750	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10749 für Gallengangsrekonstruktion (direkt)	216,65 €
10751	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721 oder 10749 für bilio-digestive Anastomose (direkt, ohne Y-Roux-Schlinge)	763,54 €
10752	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723, 10725 oder 10749 für komplexe Gefäßrekonstruktion, z.B. mit Interponaten (Arterie, Lebervene oder Pfortader), je komplexer Rekonstruktion	981,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10753	Cholecystotomie und/oder Cholezystostomie, ggf. einschließlich - Ausräumung und Drainage von Abszessen, Hämatomen und/oder Steinen - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	389,82 €
10754	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10753 für Cholezystostomie mittels Jejunum-Interponat, einschließlich Cholezysto-jejunaler Anastomose, Stoma-Anlage an der Bauchwand sowie direkter Rekonstruktion des Jejunums	433,31 €
10755	Cholezystektomie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Entfernen bzw. Versorgen des Ductus cysticus - Freilegen und Versorgen der Blutgefäße im Operationsbereich - Lösen von Verwachsungen im Operationsbereich - Darstellung des Operationsbereiches - Punktieren und Mobilisieren von Gallenblase und Gallengängen sowie hierfür erforderliche Mobilisierung weiterer Oberbauchorgane - Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) im OP-Gebiet	529,30 €
10756	Operation am extrahepatischen Gallengang, z.B. Resektion und/oder Rekonstruktion (ohne biliodigestive Anastomose), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Kontrastmittelapplikationen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellen, Punktieren und Mobilisieren von Gallenblase und Gallengängen sowie Mobilisierung weiterer Oberbauchorgane - Präparation im Lig. hepatoduodenale - Cholezystektomie und Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Freilegen und ggf. Übernähen von Blutgefäßen im OP-Gebiet - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Übernähung/Drainage von Gallengangsfisteln - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gallengängen - Drainage von Gallengängen mittels T-Drainage oder endoluminärem Stent (ohne transhepatische Drainage)	967,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10757	Operation am extrahepatischen Gallengang mit biliodigestiver Anastomose direkt zum Dünndarm (z.B. Hochzug einer Jejunumschlinge) ohne Inter- bzw. Transposition eines Darmabschnitts, ggf. einschließlich - Kontrastmittelapplikationen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen, und/oder Fremdkörpern - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Gallenblase und Gallengängen sowie Mobilisierung weiterer Oberbauchorgane - Dissektion des Lig. hepatoduodenale - Cholezystektomie und Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Freilegen und ggf. Übernähen von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gallengängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Versorgung von Gallengangsfisteln - Drainage von Gallengängen	1 256,43 €
10758	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10755, 10756 oder 10757 für intraoperative Cholangioskopie	84,52 €
10759	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723, 10725, 10734, 10735, 10736, 10737 oder 10757 für transhepatische Gallengangsschienung	163,61 €
10760	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10757 für Hepatikusgabelresektion, so dass mindestens 2 zu anastomosierende Gallengänge resultieren	433,31 €
10761	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723, 10725, 10734, 10735, 10736, 10737 oder 10757 für komplexe Gallengangsrekonstruktion (bei Notwendigkeit der Anastomosierung von mehr als einem Gallengang), je zusätzlichem Gang	216,65 €
10762	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10721, 10723, 10725, 10749 oder 10757 für bilio-digestive Anastomose als Hepatiko-Jejunostomie (mit transponierter Y-Roux-Schlinge, einschließlich Fußpunktanastomose)	736,26 €
10763	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736, 10737 oder 10757 für limitierte Lymphadenektomie Lig. hepatoduodenale (Kategorie II)	318,87 €
10764	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736, 10737 oder 10757 für systematische Lymphadenektomie Lig. hepatoduodenale, A. hepatica communis, Truncus coeliacus und hinterer Pankreaskopf (Kategorie III)	637,74 €
10765	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10734, 10735, 10736, 10737 oder 10757 für erweiterte Lymphadenektomie, einschließlich parakaval, paraaortal, kleine Magenkurvatur, ggf. einschließlich vorderes unteres Mediastinum (von abdominal, transdiaphragmal) (Kategorie IV)	797,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10766	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen mit Rekonstruktion der Gallengänge bei einem Patienten bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (z.B. Hepatopartoenterostomie), ggf. einschließlich - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Gallenblase und Gallengängen - Präparation des Lig. hepatoduodenale - Resektionen im Bereich der Leberpforte - Cholezystektomie und Versorgung von Leberwunden - Freilegen und Versorgen von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Hämostyptika, Vlieseinlage, Fibrinkleber sowie physikalischer Koagulation - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gallengängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch	1 555,68 €
10767	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10757 oder 10766 für Darmanastomosen mit Transposition oder Interposition (z.B. Jejunum-Interponat oder Roux-Y-Anastomose), ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	345,74 €
10768	Operative Papillenexstirpation oder Papillenspaltung mit Eröffnung des Duodenum, ggf. einschließlich - Endoskopie von Gallen- und/oder Pankreasgängen - Durchleuchtungen und Kontrastmittelapplikationen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm sowie Gallen- und Pankreasgängen - plastischer Verschluss bzw. Rekonstruktion der Papille und des Duodenum mit Dichtigkeitsprüfung - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen	678,69 €
10769	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10768 für die Replantation von Gallen- und/oder Pankreasgängen, ggf. einschließlich Versorgung des Pankreas	577,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10770	Operatives Einlegen und/oder Entfernen von nach intrakorporal ableitenden Gallengangsdrainagen, ggf. einschließlich - Kombination mit Ableitung ins Duodenum und/oder den Dünndarm (z.B. nach Rodney-Smith) - Schrägkanal- bzw. Tunnelbildung - Kontrastmittelapplikationen - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Darm und Oberbauchorganen - Dissektion des Lig. hepatoduodenale - Naht der beteiligten Organe und Dichtigkeitsprüfung auch endoskopisch - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gallengängen	424,14 €
10771	Operatives Einlegen und/oder Entfernen von nach extrakorporal ableitenden Gallengangsdrainagen, ggf. einschließlich - Kontrastmittelapplikationen - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Oberbauchorganen - Dissektion des Lig. hepatoduodenale - Naht der beteiligten Organe und Dichtigkeitsprüfung auch endoskopisch - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gallengängen	245,38 €
10772	Entnahme eines Spender-Pankreas zur Transplantation bei einem verstorbenen Spender, einschließlich - Präparation - Maßnahmen zur Konservierung - Verschluss des Entnahmelagers	2 260,21 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10773	Implantation des Pankreas, einschließlich mikrochirurgischer Anastomosen, ggf. einschließlich - Transplantation des Duodenums - Anschluss an Darm, Harnleiter oder Harnblase mit Anastomosen - intra- oder retroperitonealer Platzierung des Transplantates - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Gängen, Darm und anderen Bauchorganen - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm und/oder Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch	4 059,95 €
10774	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10773 für Nierentransplantation beim Pankreasempfänger	531,74 €
10775	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10723, 10725 oder 10773 für erweiterte „backtable“-Präparation durch komplexe arterielle oder venöse Rekonstruktionen oder Ergänzungen des Transplantates vor der Implantation	245,42 €
10776	Entfernung eines transplantierten Pankreas, z.B. bei Pankreatitis oder Nekrose, einschließlich Rekonstruktion des Dünndarms, ggf. einschließlich Spülung und Drainage	2 260,21 €
10777	Plastische Eingriffe an Pankreasgängen über operativen Zugang, ggf. einschließlich - Endoskopien von Gängen und Kontrastmittelapplikationen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten (z.B. Stents) und/oder Fremdkörpern - Darstellen, Punktieren oder Mobilisieren von Pankreas und Gängen sowie Mobilisierung weiterer Oberbauchorgane - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gängen - Drainage von Gängen	967,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10778	Lokale, über eine reine Probenentnahme hinausgehende Entfernung von Pankreasgewebe (z.B. Nekrosektomie des Pankreas), ggf. einschließlich - Entfernen von Steinen und/oder Fremdkörpern - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	678,69 €
10779	Operative Beseitigung einer Pankreas(pseudo)zyste durch Pankreatogastro-, -duodeno- oder -jejunostomie oder durch Marsupialisation, ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt, Steinen und/oder Fremdkörpern - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Zystendrainage	749,18 €
10780	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10779 für Darmanastomosen mit Transposition oder Interposition (z.B. Roux-Y-Schlinge), ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch	288,87 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10781	Duodenum-erhaltende Resektion des Kopfteles vom Pankreas und/oder Pankreassegmentresektion, ggf. einschließlich - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - Kocher-Manöver - Dissektion loko-regionärer Lymphknoten sowie des Lig. hepatoduodenale - Cholezystektomie und Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Resektion von Gallengängen - biliodigestive Anastomosen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Pankreasanastomosen - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm und Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen	1 789,31 €
10782	Partielle Pankreatoduodenektomie mit Wiederanschluss von Gallen- und Pankreasgängen, ggf. einschließlich - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - Kocher-Manöver - Dissektion loko-regionärer Lymphknoten sowie des Lig. hepatoduodenale - Cholezystektomie und Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Resektion von Gallengängen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Anastomosen - Wiederanschluss des Magens - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm und Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen	2 690,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10783	Resektion von Teilen des Pankreas links der Pfortaderachse mit Blindverschluss, ggf. einschließlich - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle und Gängen - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch	1 119,53 €
10784	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10781 oder 10783 für eine oder mehrere Pankreasanastomosen, ggf. einschließlich - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Magen, Darm und/oder Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen und/oder Hohlorganen auch endoskopisch - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen, auch Drainage von Gallen- und Pankreasgängen sowie Endodrainagen	637,74 €
10785	Pankreaslinksresektion, ggf. einschließlich - zentraler Segmentresektion - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - Dissektion loko-regionärer Lymphknoten - Splenektomie - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm oder Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen	1 373,53 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10786	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10785 für milzerhaltende Dissektion bei Pankreaslinksresektion, ggf. einschließlich - aller an der Milz zur Blutstillung durchgeführten Maßnahmen - lokaler Exzision erkrankter oder verletzter Gewebe - Entfernen von Blut/Hämatom aus der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	299,83 €
10787	Resektion des kompletten Pankreas oder subtotale Pankreatektomie, mit Wiederanschluss von Gallengängen, ggf. einschließlich - Duodenektomie bis zur Flexura duodenojejunalis - Splenektomie - Cholezystektomie und Versorgung des Gallenblasenbettes an der Leber - Resektion von Gallengängen - Wiederanschluss von Magen und verbleibenden Pankreasgängen - Anastomosen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten, Steinen und/oder Fremdkörpern - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Darstellung von Darm und Oberbauchorganen - Kocher-Manöver - Dissektion loko-regionärer Lymphknoten sowie des Lig. hepatoduodenale - (Teil-)Entfernung des großen und kleinen Netzes - lokaler Exzision weiterer erkrankter Gewebe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit aus Bauchhöhle, Darm und/oder Gängen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen sowie Endodrainagen	2 959,09 €
10788	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10782 oder 10787 für Resektion am Magen, ggf. einschließlich - Anastomosen bzw. Wiederherstellung der Kontinuität - auch einschließlich Fußpunktanastomose - loko-regionärer Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch <i>Der Zuschlag nach Nummer 10788 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10789 nicht berechnungsfähig.</i>	239,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10789	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10782 oder 10787 für Rekonstruktion unter Verwendung von zwei oder mehr Darmschlingen, ggf. einschließlich - Anlage von Anastomosen - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen, auch endoskopisch <i>Der Zuschlag nach Nummer 10789 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10788 nicht berechnungsfähig.</i>	224,88 €
10790	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10667, 10723, 10735, 10744, 10755, 10779, 10781, 10782, 10783 oder 10787 für Gallengangsrevision	190,17 €
10791	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10631, 10632, 10635, 10661, 10662, 10679, 10681, 10735, 10744, 10756, 10768, 10778, 10779, 10782, 10783 oder 10787 für separat und gezielt durchgeführte, systematische para- und/oder interaortale sowie -kavale Lymphknotendissektion (Kategorie III), ggf. einschließlich - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10791 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995, 10259, 10707 oder 10708 nicht berechnungsfähig.</i>	511,78 €
10792	Milzserhaltende Operation, z.B. mittels Naht, Fibrinklebung, Koagulation der Milz und/oder Kunststoffnetz, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Splenotomie - Versorgung einer Milzzyste - Autotransplantation von Milzgewebe - Freilegen des Milzstiels und/oder von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - lokaler Exzision erkrankter oder verletzter Gewebe - Entfernen von Fremdkörpern und/oder Blut und/oder Hämatom aus der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	630,54 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10793	Splenektomie, ggf. einschließlich - Entfernen von Fremdkörpern und/oder Blut und/oder Hämatom aus der Bauchhöhle - Autotransplantation von Milzgewebe - Freilegen des Milzstiels und von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	749,18 €
10794	Partielle Splenektomie, ggf. einschließlich - Entfernen von Fremdkörpern und/oder Blut und/oder Hämatom aus der Bauchhöhle - Autotransplantation von Milzgewebe - Freilegen des Milzstiels und von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	903,16 €
10795	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10793 oder 10794 für Eingriff bei nachgewiesenen hämatologischen Grunderkrankungen, ggf. einschließlich - besonders intensiver Exploration der gesamten Bauchhöhle - Suche und Entfernung von akzessorischem Milzgewebe (Nebenmilzen) - Eröffnung oder Exzision von Zysten - Bilden von Netzplomben	144,44 €
10796	Radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendisektion des Oberbauches, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Dissektion der Mesenterialwurzel - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Die Leistung nach Nummer 10796 ist neben der Leistung nach Nummer 9981, 9982, 10259, 10797, 10800 oder 13610 nicht berechnungsfähig.</i>	1 002,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10797	Erweiterte radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendisektion des Unterbauches (ab Nierenhili abwärts bis zur ersten Iliakabifurkation) oder des Oberbauches (ab Nierenhili aufwärts bis zum Zwerchfell), als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Dissektion der Mesenterialwurzel - präsakraler Lymphknotendisektion - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Die Leistung nach Nummer 10797 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995, 10796 oder 10800 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 10797 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	1 002,27 €
10798	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10217, 10677, 10683, 10684, 10686, 10703, 10704, 10705, 10796 oder 10797 für Lymphknotendisektion, pelvin oder im Bereich der A. iliaca externa, ggf. einschließlich - präsakraler Lymphadenektomie - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Freilegung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum), je Seite <i>Der Zuschlag nach Nummer 10798 ist neben der Leistung nach Nummer 10708 auch bei beidseitiger Dissektion nur einmal berechnungsfähig, ansonsten je Seite.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10798 ist neben pelviner Lymphadenektomie oder neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995 oder 10166 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 10798 ist neben der Leistung nach Nummer 10802 oder 10806 für dieselbe Seite nicht berechnungsfähig.</i>	391,06 €
10799	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10797 für den Fall, dass Unterbauch und Oberbauch kombiniert behandelt werden <i>Wird der Zuschlag nach Nummer 10799 berechnet, kann die Leistung nach Nummer 10797 nur einmal berechnet werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 10799 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	387,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10800	Erweiterte radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendisektion der gesamten Bauchhöhle, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Dissektion der Mesenterialwurzel - präsakrale und iliaceale Lymphknotendisektion - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Die Leistung nach Nummer 10800 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995, 10259, 10796, 10797 oder 10806 nicht berechnungsfähig.</i>	1 065,05 €
10801	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10628, 10632, 10635, 10661, 10662, 10679, 10681, 10735, 10744, 10756, 10768, 10778, 10779, 10782, 10783, 10787, 10796, 10797 oder 10800 für separat und gezielt durchgeführte, radikale Lymphknotendisektion des Oberbauches (Kategorie IV), z.B. für Skeletonisationsdissektion des Lig. hepatoduodenale oder Dissektion der Mesenterialwurzel des Dünndarms oder Dissektion der Lymphknoten des unteren hinteren Mediastinums, ggf. einschließlich - Dissektion des Lig. hepatoduodenale - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10801 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10638 oder 10643 nicht berechnungsfähig.</i>	531,45 €
10802	Radikale Lymphknotendisektion entlang der A. iliaca externa, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - Identifikation/Schonung von Nerven - Versorgung beteiligter Blutgefäße ohne eventuell notwendige Rekonstruktion - Identifikation/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum), je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10802 ist neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995 oder 10800 nicht berechnungsfähig.</i>	639,89 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10677, 10683, 10684, 10686, 10703, 10704, 10705, 10796, 10797, 10800 oder 10802 für separat und gezielt durchgeführte Lymphknotendissektion im Bereich der Foramina obturatoria (Kategorie IV), ggf. einschließlich - beidseitiger Dissektion - präsakraler Lymphadenektomie - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Identifizierung/Schonung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10803 ist neben pelviner Lymphadenektomie oder neben der Leistung nach Nummer 9979, 9981, 9982, 9983, 9995 oder 10166 nicht berechnungsfähig.</i>	956,60 €
10804	Radikale inguinale Lymphadenektomie, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - inguinalem Zugang - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10804 ist neben der Leistung nach Nummer 9975 oder 10263 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 10804 ist neben der Leistung nach Nummer 10805 oder 10806 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.</i>	534,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10805	Radikale inguinokrurale Lymphknotendisektion, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - inguinokruraler Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10805 ist neben der Leistung nach Nummer 9975 oder 10263 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 10805 ist neben der Leistung nach Nummer 10804 oder 10806 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.</i>	678,69 €
10806	Radikale iliako-inguino-krurale Lymphknotendisektion mit Eröffnung des Retroperitoneums, als selbständige Leistung, ggf. einschließlich - inguinokruraler Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - präsakraler Lymphknotendisektion - Neurolysen und/oder Verlagerung von Nerven - Präparation und Versorgung beteiligter Blutgefäße - Freilegung der Ureteren - lokaler Exzision anderer Gewebe im Bereich der Lymphadenektomie sowie Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion (auch vom Retroperitoneum) - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen, je Seite <i>Die Leistung nach Nummer 10806 ist neben der Leistung nach Nummer 9975, 9979, 9981, 9982, 9983, 9995 oder 10263 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach Nummer 10806 ist neben der Leistung nach Nummer 10804 oder 10805 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.</i>	967,56 €
10807	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10605, 10684, 10685, 10686, 10688, 10697, 10703, 10704, 10705, 10707, 10708, 10709, 10710, 10711, 10712, 10713, 10791, 10797, 10798, 10800, 10802, 10803 oder 10806 für zirkuläre Freilegung der Ureteren aus dem Gewebeverband	295,49 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10808	Zuschlag für die Entfernung von mehr als zwei Dritteln des Omentum majus im Rahmen einer anderen operativen Leistung, ggf. einschließlich - Resektion des Omentum minus - Resektion von viszerale Peritonealkarzinoseherden - Absaugen auch großer Mengen Flüssigkeit - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10808 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9970, 10535 oder 10693 nicht berechnungsfähig.</i>	160,89 €
10809	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10604, 10609, 10613, 10614, 10616, 10658, 10659, 10660, 10661, 10662, 10667, 10668, 10669, 10670, 10676, 10677, 10679, 10681, 10682, 10683, 10684, 10686, 10688, 10696 oder 10808 für Dekompression des Dünn- und/oder Dickdarmes bei Ileus oder Entfernung intraluminal gelegener Fremdkörper, ggf. einschließlich - Eröffnung und Verschluss des Darms auch mehrfach - Freilegung der Ureteren im Falle einer Dickdarmbeteiligung - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Übernähung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileusprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch	144,44 €
10810	Zuschlag für die Durchführung einer hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie im Rahmen einer anderen operativen Leistung, ggf. einschließlich - Temperaturmonitoring - Gewebeentnahme durch Aspiration - Probeexzision und/oder Probepunktion - Absaugen auch großer Mengen Flüssigkeit aus der Bauchhöhle - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	319,63 €
10811	Zuschlag für die Konversion im Rahmen eines operativ-endoskopischen Verfahrens auf ein offen chirurgisches Verfahren im begründeten Einzelfall <i>Eine sog. Mini-Laparotomie im Rahmen eines operativ-endoskopischen Verfahrens gilt nicht als Konversion. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	216,65 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10812	Zuschlag für Fibrinklebung oder andere blutstillende Maßnahmen an der Milz im Rahmen einer anderen operativen Leistung, ggf. einschließlich - Autotransplantation von Milzgewebe - Freilegen des Milzstiels und/oder von Blutgefäßen - Blutstillung auch mittels Gefäßnähten, Hämostyptika, Fibrinkleber, Vlieseinlage sowie physikalischer Koagulation - Einbringen eines Kunststoffnetzes - lokaler Exzision erkrankter oder verletzter Gewebe - Entfernen von Fremdkörpern und/oder Blut und/oder Hämatom aus der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10812 ist neben der Leistung nach Nummer 10792 nicht berechnungsfähig.</i>	96,29 €
10813	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 1083,25 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10813 ist neben der Leistung nach Nummer 10814 oder 10815 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	96,73 €
10814	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1083,25 EUR bis zu 1934,53 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10814 ist neben der Leistung nach Nummer 10813 oder 10815 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	188,03 €
10815	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 1934,53 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10815 ist neben der Leistung nach Nummer 10813 oder 10814 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	465,24 €
10819	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10600, 10604 oder 10605 für Eröffnung von intraabdominellen Abszessen	51,20 €

XVIII. Operative Proktologie**11.18**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10900	Perianale konventionell operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Vollwandresektion sowie Durchtrennung und Naht der Schließmuskulatur, z.B. Operation nach Mason, ggf. einschließlich - Verlagern und Refixieren des Rektums - Sphinkter-Dehnung - Prokto-/Rektoskopie(n) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülung und Absaugen des Rektums - Tamponadeneinlage - Drainage	857,58 €
10901	Perianale konventionell operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst, ggf. einschließlich - Prokto-/Rektoskopie(n) - Sphinkter-Dehnung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülung und Absaugen des Rektums - Tamponadeneinlage - Drainage	675,99 €
10902	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10901 für Vollwand-Resektion, ggf. einschließlich - mikrochirurgisches Vorgehen - Verlagern und Refixieren des Rektums	181,59 €
10903	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10900 oder 10901 für transanale endoskopische mikrochirurgische Abtragung	295,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10904	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmisses, auch nach Verletzung, ggf. einschließlich - lokaler Exzision erkrankter Gewebe - Entfernen von Darminhalt oder von Fremdkörpern - Resektion und/oder Naht von Darmanteilen und Versorgung von Schließmuskel und Wunden - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Anlegen einer oder mehrerer Drainagen	675,99 €
10905	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10904 für plastische Rekonstruktion des Rektums, einschließlich Wiederherstellung der Kontinuität und Anastomose, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Resektion von Darmanteilen - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen oder Hohlorganen auch endoskopisch - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit	363,17 €
10906	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10904 oder 10905 für zirkuläre Freilegung der Ureteren aus dem Gewebeverband	165,07 €
10907	Spaltung bei Perianalvenenthrombose mit Thrombus-Expression(en), ggf. einschließlich Naht	67,89 €
10908	Entfernung eines Tumors im Bereich der Analregion, z.B. Fibrom, Thrombose oder Mariske, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung des Darms - Einsatz von Diathermie - Laser oder anderen Vorrichtungen - Tamponadeneinlage - Drainagen <i>Die Leistung nach Nummer 10908 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	163,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10909	Entfernung einer Analfissur, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung des Darms - Einsatz von Diathermie - Laser oder anderen Vorrichtungen - Tamponadeneinlage - Drainagen <i>Die Leistung nach Nummer 10909 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	112,01 €
10910	Erweiterung des Mastdarmschließmuskels durch Inzision, ggf. einschließlich - intraoperativer Reinigung bzw. Spülung des Enddarms - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage	194,80 €
10911	Durchstechungsligaturen von bis zu drei Hämorrhoidalarterien, ggf. einschließlich - ultraschallgesteuert - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage <i>Die Leistung nach Nummer 10911 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	188,63 €
10912	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10911 für Reposition und lokale Raffung der Rektumwand	115,07 €
10913	Operation von Hämorrhoiden durch Hämorrhoidopexie (z.B. mit Stapler), ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage - Drainage	270,44 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10914	Hohe intraanale Exzision(en) von bis zu zwei Hämorrhoiden (z.B. nach Milligan-Morgan), ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage - Drainage <i>Die Leistung nach Nummer 10914 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	211,87 €
10915	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10914 für plastische Rekonstruktion des Analkanals (z.B. nach Parks, Fansler und Arnold) und/oder Analplastik	123,71 €
10916	Exzision eines perianalen Tumors, ggf. einschließlich - Exzision von Haut, Fettgewebe, Muskeln, Gefäßen und Nerven sowie plastischer Wundverschluss - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage - Drainage	291,46 €
10917	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10916 für plastischen Wundverschluss ohne Muskelplastik	224,89 €
10918	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10916 für Rekonstruktion mit Muskelplastik	337,33 €
10919	Operation des Mastdarmvorfalles, z.B. durch Raffung der Rektumwand, durch perinealen Zugang, ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung - Entfernen von Darminhalt oder Fremdkörpern - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Tamponadeneinlage - Drainagen	539,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10920	Perianale semizirkuläre Mukosektomie und Muskularisraffung (z.B. nach Sarles), ggf. einschließlich - Verlagern und Refixieren des Rektums - Sphinkter-Dehnung - Prokto-/Rektoskopie(n) - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Spülung und Absaugen des Rektums - Tamponadeneinlage - Drainage	532,36 €
10921	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10900, 10916 oder 10920 für (teilweise) Sakrumresektion, ggf. einschließlich - zusätzlichem dorsalem Zugang mit Drainagen - Osteotomien - Mobilisieren und Verlagern oder auch Resektion von Haut, Fettgewebe, Muskeln, Gefäßen und Nerven sowie plastischer Verschluss des Defektes	1 199,92 €
10922	Perianale zirkuläre Mukosektomie und Muskularisraffung (z.B. nach Rehn-Delorme)	567,19 €
10923	Perianale zirkuläre Rektumsegmentresektion (z.B. nach Mikulicz-Altemeier)	649,86 €
10924	Perianale zirkuläre Rektumwandresektion (z.B. nach STARR-TRANSTARR)	484,51 €
10925	Rekonstruktion des Beckenbodens durch ein- oder beidseitige Levatorplastik, perineal oder transabdominell, einschließlich - Lösen von Verwachsungen im Operationsbereich - Darstellung des Operationsbereiches - Freilegen und Versorgen der Blutgefäße im Operationsbereich	626,17 €
10926	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10925 für Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	167,35 €
10927	Rekonstruktion des Beckenbodens durch post anal repair, einschließlich Lösen von Verwachsungen im Operationsbereich	416,98 €
10928	Rekonstruktion des Beckenbodens durch pre anal repair, einschließlich Lösen von Verwachsungen im Operationsbereich	416,98 €
10929	Korrektur einer Entero-, Rekto- oder Zystozele, perineal oder peranal, einschließlich Lösen von Verwachsungen im Operationsbereich	442,47 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10930	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10929 für Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	106,69 €
10931	Inzision eines Analabszesses, ggf. einschließlich - Ausräumung des Abszesses - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	73,66 €
10932	Exzision eines perianalen Abzesses, ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	151,34 €
10933	Exzision eines ischioanal Abzesses, ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	211,87 €
10934	Exzision eines pelvirektalen Abzesses, ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	263,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10935	Exzision einer Akne inversa (perianal oder inguinal), ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	244,24 €
10936	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10935 für multilokuläre Exzisionen	86,78 €
10937	Exzision eines Pilonidalsinus, ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	177,49 €
10938	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10937 für primären lateralen Wundverschluss (z.B. Karydakis) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10938 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10939 nicht berechnungsfähig.</i>	67,20 €
10939	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10937 für primäre Deckung mit Verschiebelappenplastik (z.B. Limberg) <i>Der Zuschlag nach Nummer 10939 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10938 nicht berechnungsfähig.</i>	115,20 €
10940	Exzision einer subkutanen, submukösen und/oder intersphinkteren Analfistel, einschließlich Inzision, ggf. einschließlich - Fadeneinlage - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung, je Fistel <i>Die Leistung nach Nummer 10940 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	163,67 €
10941	Exzision einer transsphinkterischen Analfistel, auch ihres verzweigten Gangsystems, einschließlich Inzision, ggf. einschließlich - Fadeneinlage - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung, je Fistel oder Gangsystem <i>Die Leistung nach Nummer 10941 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	311,86 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10942	Exzision einer extrasphinkterischen Analfistel, auch ihres verzweigten Gangsystems, einschließlich Inzision, ggf. einschließlich - Fadeneinlage - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung, je Fistel oder Gangsystem <i>Die Leistung nach Nummer 10942 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	395,98 €
10943	Primäre Rekonstruktion des Sphinkters nach Durchtrennung <i>Die Leistung nach Nummer 10943 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	371,29 €
10944	Plastische Rekonstruktion des Analkanals mittels Verschiebelappenplastiken, z.B. Mucosa advancement flaps, Rektumvollwand-Flaps und/oder Dermal island flaps <i>Die Leistung nach Nummer 10944 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.</i>	336,10 €
10945	Verschluss einer Analfistel durch Fistelplugs, ggf. einschließlich - Zurichtung der Plugs - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung - Präparation von Mukosa-Submukosa-Läppchen zur Abdeckung <i>Die Leistung nach Nummer 10945 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	155,59 €
10946	Muskelplastik bei Insuffizienz des Analsphinkters, ggf. einschließlich - beidseitiger Raffung - zusätzlicher Injektionen im Bereich des Sphinkterkomplexes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Anlegen einer oder mehrerer Drainage(n)	725,54 €
10947	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10900, 10904, 10905, 10919 oder 10946 für die Rekonstruktion des Beckenbodens	165,07 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10948	Implantation eines künstlichen Analsphinkters, ggf. einschließlich - Implantation eines Flüssigkeitsreservoirs eines Auslösesystems und/oder anderer Module außerhalb des Sphinkterbereichs - Testung und Einstellung der künstlichen Sphinktervorrichtung - zusätzlicher Injektionen im Bereich des Sphinkterkomplexes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit	660,06 €
10949	Explantation eines künstlichen Analsphinkters, ggf. einschließlich - Entfernung eines Flüssigkeitsreservoirs eines Auslösesystems und/oder anderer Module außerhalb des Sphinkterbereichs - zusätzlicher Injektionen im Bereich des Sphinkterkomplexes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit	232,82 €
10950	Einseitige Gracilisplastik bei Analsphinkterinsuffizienz, ggf. einschließlich - plastischer Umformung des beteiligten Muskels - zusätzlicher Injektionen im Bereich des Sphinkterkomplexes - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Anlegen einer oder mehrerer Drainage(n)	935,86 €
10951	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10950 für Muskelplastik durch Transfer eines weiteren Muskels (z.B. M. gracilis)	360,54 €
10952	Dynamische Gracilisplastik mit Anlage eines Neurostimulators zur Probestimulation, ggf. einschließlich - plastische Umformung des beteiligten Muskels - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Sondieren und Ausräumen des Darms - Spülen und Absaugen von Flüssigkeit - Anlegen einer oder mehrerer Drainage(n)	1 471,95 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10953	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10950 oder 10952 für die Mobilisierung und/oder Verlagerung von Gefäßen und Nerven	83,48 €
10954	Definitive Anlage eines Neurostimulators im zeitlichen Zusammenhang mit Nummer 10952, einschließlich Platzierung des Impulsgebers in einer Weichteiltasche	276,91 €
10955	Implantation eines temporären Elektrodensystems zur sakralen oder pudendalen Nervenstimulation bei Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, ggf. einschließlich - Lagekontrolle - Neuromonitoring - Entfernung nach Abschluss der Testung	715,27 €
10956	Implantation eines permanenten Elektrodensystems zur sakralen oder pudendalen Nervenstimulation bei Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, ggf. einschließlich - Implantation des Impulsgebers - Lagekontrolle - Neuromonitoring	779,16 €
10957	Wechsel eines permanenten Impulsgebers zur sakralen Nervenstimulation bei Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	216,97 €
10958	Explantation eines permanenten Elektrodensystems einschließlich Impulsgeber bei Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	155,59 €
10959	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 55 EUR bis zu 259,93 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10959 ist neben der Leistung nach Nummer 10960 oder 10961 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	26,89 €
10960	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 259,93 EUR bis zu 515,42 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10960 ist neben der Leistung nach Nummer 10959 oder 10961 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	59,56 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
10961	Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XVIII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 515,42 EUR bewertet sind, für einen Rezidiv- oder Revisionseingriff, sofern der Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist <i>Der Zuschlag nach Nummer 10961 ist neben der Leistung nach Nummer 10959 oder 10960 nicht berechnungsfähig. Werden für eine Operation mehrere operative Gebührennummern berechnet, richtet sich die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer. Bei Simultaneingriffen richtet sich die Berechnungsfähigkeit des jeweiligen Zuschlages nach der am höchsten bewerteten Gebührennummer.</i>	129,28 €

Kapitel M

Ärztliche Laboratoriumsleistungen

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Erbringung von laboratoriumsdiagnostischen Leistungen soll nach Maßgabe der tatsächlichen medizinischen Qualifikation des abrechnenden Arztes erfolgen.
2. Die Abrechnung der Leistungen des Kapitels M setzt voraus, dass der abrechnende Arzt bei der Leistungserbringung die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) in der jeweils gültigen Fassung beachtet.
3. Für die Abrechnung der Leistungen des Abschnitts M I (Präsenzlabor) und M III (Speziallabor) gelten folgende Voraussetzungen: Der abrechnende Arzt stellt die ordnungsgemäße Probenvorbereitung sicher, sofern die Probe nicht bereits in der Arztpraxis des die Laborleistung veranlassenden Arztes vorbereitet wurde. Er überwacht die regelmäßige – stichprobenartige – Überprüfung der ordnungsgemäßen Laborgerätewartung und der Bedienungsabläufe durch das Laborpersonal, einschließlich der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Er ist persönlich und nicht nur telefonisch innerhalb kurzer Zeit zur Aufklärung von Problemfällen erreichbar. Der abrechnende Arzt überprüft persönlich vor Ort die Plausibilität der aus einem Untersuchungsmaterial erhobenen Parameter im Labor nach Abschluss des Untersuchungsgangs, um bei auftretenden Zweifeln aus derselben Probe eine weitere Analyse zeitgerecht durchführen zu können. Er verfügt über die unmittelbare Weisungsberechtigung gegenüber dem Laborpersonal und dokumentiert die Wahrnehmung der Verantwortung. Bei medizinischen Notfällen zu Unzeiten können Anweisungen fernmündlich erfolgen.
4. Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen des Kapitels M sind abgegolten die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die datums- und uhrzeitbezogene Auftragserfassung, die ggf. erforderliche Probenaufbereitung, die Durchführung der Untersuchung einschließlich der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z.B. die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK), die technische Validierung der Ergebnisse, die ärztliche Plausibilitätskontrolle, die ggf. erforderlichen eiligen Zwischenberichte, die Erstellung des ärztlichen Befundberichts einschließlich etwaiger patientenbezogener Kommentare aufgrund anamnestischer und/oder klinischer Angaben, die Dokumentation der Ergebnisse, die sachgemäße Aufbewahrung und nachfolgende Entsorgung der Probenmaterialien unter Einhaltung rechtlicher und verfahrensmäßiger Vorgaben, die sachgemäße Entsorgung aller Verbrauchsmaterialien sowie die ordnungsgemäße Pflege und Wartung der Gerätschaften. Leistungen des Kapitels M sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die ärztliche Tätigkeit darauf beschränkt, außerhalb der Räumlichkeiten einer laboratoriumsdiagnostischen Organisationseinheit mittels eines Laborinformations- und -managementsystems das gesamte in Satz 1 genannte Leistungsgeschehen zu regeln.
5. Mit der jeweiligen Gebühr sind alle Sach- und Personalkosten, die für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung gemäß der Allgemeinen Bestimmung nach Nummer 3 Satz 1 erforderlich sind, abgegolten, mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstests. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden. Kosten für den Versand des Probenmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder eines Krankenhauses sind nicht berechnungsfähig. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z.B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Bei der Auswahl der Leistungen ist zu beachten, dass in der Regel niedriger bewertete Verfahren am Anfang einer Stufendiagnostik stehen müssen. Stehen dem Arzt für die gleiche Messgröße mehrere, unterschiedlich bewertete Verfahren zur Auswahl, muss in der Regel das am niedrigsten bewertete Verfahren durchgeführt und berechnet werden. Die Nebeneinanderabrechnung von mehreren die gleiche Messgröße betreffenden Leistungen des Kapitels M ist in der Regel ausgeschlossen. Leistungen, deren Beschreibung Indikationsstellungen enthalten, sind grundsätzlich nur bei diesen Indikationsstellungen berechnungsfähig. Weicht der abrechnende Arzt von den Vorgaben gemäß den Sätzen 1 bis 4 ab, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Angabe der dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Dies gilt auch dann, wenn die Abweichung auf Veranlassung eines anderen Arztes erfolgt. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.
7. Bei Weiterversand von Patientenproben durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Leistungen des Abschnitts M II oder M III hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung als eigene Leistung erbracht hat.

8. Die Abrechnung von Leistungen des Kapitels M sowie deren Beschränkungen (H1- bis H4-Leistungen, Nebeneinandrausschluss von Leistungen, sonstige Beschränkungen) betreffen jeweils eine Art von Probenmaterial (z.B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wird, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wird. Ist es aus medizinischen Gründen erforderlich, dass die gleiche Leistung aus der gleichen Art von Probenmaterial zu verschiedenen Zeiten eines Kalendertages erbracht wird, so ist die Leistung unter Berücksichtigung etwaiger Leistungs- und Abrechnungsbeschränkungen gemäß Satz 1 entsprechend mehrmals berechnungsfähig.
9. Leistungen, die zu den Höchstwertkatalogen H1 bis H4 gehören, sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 entsprechend gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und ist in der Rechnung anzugeben. Die erbrachten, mit H1, H2, H3 oder H4 gekennzeichneten einzelnen Leistungen müssen in der Rechnung aufgeführt werden, auch wenn für diese ein Höchstwert in Ansatz gebracht wird.
10. Wird im Rahmen der Funktionstests eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. Sind im Rahmen der Funktionstests aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit auf den jeweiligen Fall bezogener Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.
11. Die analoge Abrechnung gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 einer laboratoriumsdiagnostischen Leistung unter Bezug auf eine Leistung des Abschnitts M I ist ausgeschlossen. Die analoge Abrechnung einer anderen laboratoriumsdiagnostischen Leistung unter Bezug auf eine Leistung des Abschnitts M II oder M III ist abweichend von § 6 Abs. 2 Satz 2 auch ohne vorherige schriftliche Information des Patienten zulässig. Die analoge Abrechnung ist in jedem Einzelfall auf der Rechnung ausführlich zu begründen.
12. Die Leistungslegende ist gegliedert in Titel, Zusatz und Abrechnungsbestimmung. Der Zusatz definiert die Leistung ggf. hinsichtlich deren Indikation und diagnostischen Zielsetzung, Probenmaterial, Methode und Auswertung bzw. Befunddarstellung einschließlich etwaiger Alternativen. In der Abrechnungsbestimmung finden sich weitere Vorgaben. Die Legende jeder Leistung beinhaltet die für die Berechnung der einzelnen Leistung zu erfüllenden Mindestanforderungen. Weicht die tatsächliche Leistungserbringung in einzelnen Punkten vom Inhalt der Leistungslegende ab, ist die Leistung nur berechnungsfähig, wenn die Abweichung in der Rechnung auf den jeweiligen Fall bezogen medizinisch begründet wird. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Bei Verlangensleistungen des Kapitels M ist abweichend von § 12 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 die Rechnungsstellung auch ohne Angabe einer Diagnose zulässig.

I. Präsenzlabor12.01

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen des Abschnitts M I sind ausschließlich dafür bestimmt, eine für das Wohlergehen des Patienten wegweisende ärztliche Entscheidung mittels laboratoriumsmedizinischer Verfahren schnell treffen zu können (Sofortdiagnostik). Die Leistungen sind nur berechnungsfähig, wenn deren Notwendigkeit aus einem unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt in einer Praxis oder einem Krankenhaus resultiert und wenn diese in der Praxis des Arztes oder im Krankenhaus erbracht werden. Die Leistungen können auch dann berechnet werden, wenn diese im Rahmen eines Hausbesuches, in Heimen oder in beschützenden Einrichtungen erbracht werden. Die Leistungen sind nur berechnungsfähig, wenn es sich um die Untersuchung von Einzelproben mit Analyseverfahren bzw. Messsystemen handelt, die ausschließlich für die Untersuchung von Einzelproben konzipiert sind (vorgefertigte Reagenzträger oder Reagenzzubereitung mit visueller oder apparativer Auswertung) oder nur für die Analyse einer Einzelprobe eingesetzt werden. Die Leistungen sind zudem nur berechnungsfähig, wenn das Ergebnis spätestens 30 Minuten nach Probennahme bzw. Probenübergabe vorliegt (Ausnahme Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit: 90 Minuten).

2. Die Leistungen des Abschnitts M I sind nur für das in den einzelnen Leistungsbeschreibungen angegebene Körpermaterial berechnungsfähig. Der Versand einer Probe sowie die dann andernorts aus dieser Probe erbrachte Leistung des Abschnitts M I sind nicht berechnungsfähig.

1. Klinische Chemie/Einzelparameter12.01.01

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11000	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) Vollblut; 1-Stunden-Wert; Blutsenkungspipette (Testformat: manuell oder automatisiert); Auswertung: visuell-quantitativ oder apparativ-quantitativ (mm/Std.). <i>Die Leistung nach Nummer 11000 ist neben der Leistung nach Nummer 11822 nicht berechnungsfähig.</i>	2,92 €
11001	B-Typ-natriuretisches Peptid (Brain-natriuretisches Peptid; BNP und/oder NT-Pro-BNP) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11001 ist neben der Leistung nach Nummer 12694 nicht berechnungsfähig.</i>	32,74 €
11002	C-reaktives Protein (CRP) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Partikelagglutination); Auswertung: apparativ-quantitativ oder visuell-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11002 ist neben der Leistung nach Nummer 12656 nicht berechnungsfähig.</i>	6,16 €
11003	D-Dimere (D-Dimer-Antigen) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Partikelagglutination); Auswertung: z.B., apparativ-quantitativ oder visuell-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11003 ist neben der Leistung nach Nummer 11899 nicht berechnungsfähig.</i>	13,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11004	Gesamtbilirubin bei Neugeborenen Einzelparameter; Abklärung einer Neugeborenen-Hyperbilirubinämie; z.B. Kapillarblut (mit nachfolgender Zentrifugation), Serum oder Plasma; z.B. direkte Photometrie (sog. Bilirubinometer), vorgefertigter Reagenzträger (Trockenchemie); Auswertung: apparativ-quantitativ (Bilirubinogramm). <i>Die Leistung nach Nummer 11004 ist für die transkutane Bilirubinbestimmung bei Neugeborenen nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11004 ist für die Bilirubinbestimmung bei Neugeborenen mittels Blutgasanalysatoren nicht berechnungsfähig.</i>	18,02 €
11005	Glukose Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11005 ist neben der Leistung nach Nummer 11065 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Vollblut, Serum oder Plasma handelt.</i>	2,79 €
11006	Glutamatspyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11006 ist neben der Leistung nach Nummer 11067 nicht berechnungsfähig.</i>	4,29 €
11007	Glykierte Hämoglobine (HbA1c) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. Ionenaustauschchromatographie, Immunturbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11007 ist neben der Leistung nach Nummer 11068 nicht berechnungsfähig.</i>	9,01 €
11008	Hämoglobin Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11008 ist neben der Leistung nach Nummer 11025 nicht berechnungsfähig.</i>	3,40 €
11009	Harnsäure Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11009 ist neben der Leistung nach Nummer 11069 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	5,64 €
11010	HCG (Schwangerschaftstest) Urin; immunologische Schnelltestformate (z.B. Lateral-Flow-Assay); Auswertung: visuell-qualitativ.	5,26 €
11011	Kalium Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); Potenziometrie (K-selektive Elektrode [ISE]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11011 ist neben der Leistung nach Nummer 11072 nicht berechnungsfähig.</i>	4,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11012	Ketonkörper (Beta-Hydroxybutyrat) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie] oder vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11012 ist neben der Leistung nach Nummer 12923 nicht berechnungsfähig.</i>	5,64 €
11013	Kreatinin Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11013 ist neben der Leistung nach Nummer 11073 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	4,91 €
11014	Pankreas-Amylase Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie] oder vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11014 ist neben der Leistung nach Nummer 11053 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	6,27 €
11015	Thromboplastinzeit, Kapillarblut (Kapillar-Quick) Einzelparameter; Koagulometer oder vorgefertigter Reagenzträger; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11015 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11102 oder 11103 nicht berechnungsfähig.</i>	6,46 €
11016	Troponin (T oder I) Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Partikelagglutination); Auswertung: apparativ-quantitativ oder visuell-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11016 ist neben der Leistung nach Nummer 12714 nicht berechnungsfähig.</i>	12,21 €

2. Klinische Chemie/Parameterprofil**12.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11025	Blutbild, insgesamt Parameterprofil (mindestens Hämoglobin, Leukozyten und Thrombozyten); Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer; Auswertung: simultan-apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11025 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11008 oder 11090 nicht berechnungsfähig.</i>	3,69 €
11026	Blutgase, insgesamt Parameterprofil Blutgase (mindestens pH, pCO ₂ und pO ₂); Vollblut (antikoaguliert); Blutgasanalysegerät; Auswertung: simultan-apparativ-quantitativ.	6,90 €
11027	Toxikologie-Screening, Speichel, insgesamt Parameterprofil (mindestens auf fünf Substanzen/Substanzgruppen [z.B. Amphetamine, Cocain, Methadon, Opiate, Cannabinoide]); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [z.B. GLORIA-Technologie]); Auswertung: simultan-visuell-qualitativ.	21,93 €
11028	Toxikologie-Screening, Urin, insgesamt Parameterprofil (mindestens auf acht Substanzen/Substanzgruppen [z.B. Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabinoide, Cocain-Metabolit, Methadon, Opiate, Trizyklische Antidepressiva]); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [z.B. GLORIA-Technologie]); Auswertung: simultan-visuell-qualitativ.	25,84 €
11029	Urin-Screening I, insgesamt Parameterprofil (mindestens auf Glukose und Ketonkörper); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Urin-Teststreifen]); Auswertung: simultan-visuell-semiquantitativ oder simultan-apparativ-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11029 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11030 oder 11751 nicht berechnungsfähig.</i>	1,66 €
11030	Urin-Screening II, insgesamt Parameterprofil (mindestens Glukose, Ketonkörper, Protein, Nitrit, Leukozyten, Hämoglobin, Erythrozyten, Bilirubin und Urobilinogen); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Urin-Teststreifen]); Auswertung: simultan-visuell-semiquantitativ oder simultan-apparativ-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11030 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11029 oder 11751 nicht berechnungsfähig.</i>	2,89 €
11031	Vaginalsekret klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Vaginal pH-Teststreifen]); Auswertung: simultan-visuell-semiquantitativ oder simultan-apparativ-semiquantitativ	1,81 €

3. Mikroskopie**12.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11035	Sonstiges nicht in den Leistungen nach den Nummern 11036, 11037 oder 11038 genanntes Nativmaterial Ggf. einschließlich Probenaufbereitung und/oder Färbung (z.B. Methylenblau, Gram); z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11035 ist neben den Leistungen nach den Nummer 12371, 12372, 12378, 12379, 12384, 12385 oder 12813 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	5,85 €
11036	Synovia Untersuchung auf Kristalle; z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11036 ist neben der Leistung nach Nummer 12820 nicht berechnungsfähig.</i>	4,27 €
11037	Urinsediment Urin, einschließlich Zentrifugation; Sediment-Gesichtsfeld-Methode: z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11037 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11749 oder 11750 nicht berechnungsfähig.</i>	4,54 €
11038	Urogenitalsekret oder -abstrich Ggf. einschließlich Probenaufbereitung und/oder Färbung (z.B. Methylenblau, Gram); z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11038 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12371, 12372, 12378, 12379, 12384, 12385 oder 12813 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	5,85 €

4. Infektiologie**12.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11040	Clostridium difficile (Stuhl, ungeformt, flüssig-breig) Glutamat-Dehydrogenase-(GDH-)Nachweis, ggf. einschließlich Toxin A-, Toxin B-Nachweis, ggf. einschließlich Stuhl-Aufbereitung; immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, optischer Immunoassay); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11040 ist neben der Leistung nach Nummer 12376 oder 12458 nicht berechnungsfähig.</i>	17,46 €
11041	A-Streptokokken (Nasen-/Rachenraum-Abstrich) Antigennachweis (z.B. C-Substanz); einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, optischer Immunoassay); Auswertung: visuell-qualitativ.	6,75 €
11042	Infektiöse Mononukleose Nachweis heterophiler Antikörper; Serum; immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Monospot-Test); Auswertung: visuell-qualitativ.	5,04 €
11043	Influenza-A- und/oder Influenza-B-Virus (Nasen-/Rachenraum-Abstrich) Antigennachweis; einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, optischer Immunoassay); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11043 ist neben der Leistung nach Nummer 12598 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	13,45 €
11044	Legionella (Urin) Antigennachweis (z.B. Lipopolysaccharid); Urin; immunologische Schnelltestformate (z.B. Lateral-Flow-Assay); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11044 ist neben der Leistung nach Nummer 12383 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	13,57 €
11045	Plasmodium-Antigen/Malaria (Blut) Antigennachweis (z.B. Histidine-Rich-Protein-2, Plasmodium-spezifische LDH, Aldolase); Vollblut (antikoaguliert), ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Hämolysen); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Dipstick-Test); Auswertung: visuell-qualitativ.	10,13 €
11046	Streptococcus pneumoniae (Urin, Liquor) Antigennachweis (z.B. C-Polysaccharid); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11046 ist neben der Leistung nach Nummer 12388 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	29,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11047	Respiratory-Syncytial-Virus (Nasen-/Rachenraum-Abstrich) Antigennachweis; einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Dipstick-Test); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11047 ist neben der Leistung nach Nummer 12601 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	17,12 €
11048	Coronavirus (Nasen-/Rachenraum-Abstrich) Antigennachweis (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]); einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: z.B. visuell-qualitativ, apparativ-qualitativ.	14,19 €

II. Basislabor

12.02

Allgemeine Bestimmungen

Für die mit H1 gekennzeichneten Leistungen ist der Höchstwert nach Nummer 11050 zu beachten.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11050	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Leistungen Gebührennummern 11051, 11052, 11053, 11055, 11058, 11059, 11060, 11061, 11063, 11064, 11066, 11067, 11069, 11070, 11071, 11073, 11074, 11075, 11076, 11079, 11083 oder 12930.	14,61 €

1. Klinische Chemie**12.02.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11051	Albumin Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11051 neben der Leistung nach Nummer 12651 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	0,69 €
11052	Alkalische Phosphatase Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,96 €
11053	Alpha-Amylase (Gesamt-Amylase, Pankreas-Amylase), je Enzym Serum oder Plasma, Urin, Drainagesekret, Pleuraerguss; Photometrie (Reaktionsprodukt), ggf. einschließlich Immuninhibition der Speichelamylase; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11053 ist neben der Leistung nach Nummer 11014 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	2,09 €
11054	Bilirubin, direkt (konjugiert) Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,86 €
11055	Bilirubin, gesamt Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,80 €
11056	Calcium, gesamt oder ionisiert (frei) Vollblut (antikoaguliert), Serum oder Plasma, Urin; z.B. Flammenphotometrie, Photometrie (Analyt-Farbkomplex), Potenziometrie (Ca-Elektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,10 €
11057	Chlorid Serum oder Plasma, Urin; z.B. Coulometrie (Chloridmeter), Potenziometrie (Cl-Elektrode), Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,89 €
11058	Cholesterin Serum oder Plasma, Aszites, Pleuraerguss; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,01 €
11059	Cholinesterase (Pseudocholinesterase oder echte Cholinesterase) Serum oder Plasma, Erythrozyten; Photometrie (substratspezifische Messreaktion [z.B. Butyrylthiocholin, Acetylthiocholin], allgemeine Indikatorreaktion); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11059 ist zweimal berechnungsfähig, wenn anstelle der molekulargenetischen Abklärung einer fraglichen atypischen CHE die Dibucainzahl oder Fluoridzahl bestimmt wird.</i>	1,20 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11060	Creatinkinase (CK) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,71 €
11061	Creatinkinase MB (CK-MB) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt), einschließlich Immuninhibition der CK-M-Aktivität; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11061 ist neben der Leistung nach Nummer 12926 nicht berechnungsfähig.</i>	2,70 €
11062	Eisen, photometrisch Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11062 ist neben der Leistung nach Nummer 12841 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	1,30 €
11063	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,10 €
11064	Gesamt-Protein Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex [Biuretreaktion]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,39 €
11065	Glukose Vollblut (z.B. Kapillarblut), Serum oder Plasma, Urin, Liquor, Punktionsflüssigkeit; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Potenziometrie (Clark-Elektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11065 ist neben der Leistung nach Nummer 11005 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Vollblut, Serum oder Plasma handelt.</i>	0,89 €
11066	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,76 €
11067	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11067 ist neben der Leistung nach Nummer 11006 nicht berechnungsfähig.</i>	0,75 €
11068	Hämoglobin A1c (HbA1c) Vollblut (antikoaguliert); Chromatographie (z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie [HPLC]), Immunnephelometrie, -turbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Kapillarzonenoelektrophorese (CZE); Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. %-Anteil, mmol/mol Hb). <i>Die Leistung nach Nummer 11068 ist neben der Leistung nach Nummer 11007 nicht berechnungsfähig.</i>	5,05 €
11069	Harnsäure Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11069 ist neben der Leistung nach Nummer 11009 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	1,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11070	Harnstoff Serum oder Plasma, Urin; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Potenziometrie (Ammoniumelektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,88 €
11071	HDL-Cholesterin Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt [z.B. Dritt-Generationsverfahren, direkte Methoden] oder ggf. einschließlich separaten Fällungsschritt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,77 €
11072	Kalium Serum oder Plasma, Urin; z.B. Flammenphotometrie; Potenziometrie (K-selektive Elektrode [ISE]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11072 ist neben der Leistung nach Nummer 11011 nicht berechnungsfähig.</i>	1,31 €
11073	Kreatinin Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (z.B. Analyt-Farbkomplex [Jaffé-Methode], Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11073 ist neben der Leistung nach Nummer 11013 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.</i>	0,78 €
11074	Laktatdehydrogenase (LDH) Serum oder Plasma, Aszites, Ergussflüssigkeit (z.B. Pleura, Perikard); Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,78 €
11075	LDL-Cholesterin Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt) einschließlich Separationsschritt (z.B. Dritt-Generationsverfahren); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,77 €
11076	Lipase Serum oder Plasma, Pleuraerguss, Aszites, Drainagesekret; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Turbidimetrie, Nephelometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,55 €
11077	Magnesium Serum oder Plasma, Vollblut (antikoaguliert); z.B. Photometrie (Analyt-Farbkomplex), Potenziometrie (ionenselektive Elektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die medizinische Indikation der Leistung nach Nummer 11077 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	1,02 €
11078	Natrium Serum oder Plasma, Urin; z.B. Flammenphotometrie, Potenziometrie (Na-selektive Elektrode [ISE]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,14 €
11079	Phosphat, anorganisches Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (z.B. Analyt-Farbkomplex, Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	0,96 €
11080	Protein-(Serum-)Elektrophorese Serum; Elektrophorese (Träger: z.B. Zelluloseazetatfolie), Färbung, Densitometrie; Kapillarzonenlektrophorese (CZE), Detektion (z.B. UV-Laser); Auswertung quantitativ (% , g/l).	3,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11081	Saure Phosphatase (sP) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die medizinische Indikation der Leistung nach Nummer 11081 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	0,68 €
11082	Transferrin Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	4,26 €
11083	Triglyzeride Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,33 €

2. Hämatologie**12.02.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11090	Blutbild Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl; ggf. einschließlich errechnete Kenngrößen (z.B. MCV, Erythrozytenverteilungskurve); Vollblut (antikoaguliert); z.B. Hämatologie-Analyzer (z.B. Impedanz-Methode, Streulicht-Methode, Photometrie); manuell (z.B. Hämoglobin [Photometrie], Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten [Phasenkontrastmikroskopie, „Kammerzählung“]); Auswertung: z.B. simultan-apparativ-quantitativ, selektiv-visuell-quantitativ. <i>Bei manueller quantitativer Bestimmung der genannten Hämatologie-Parameter ist die Leistung nach Nummer 11090 entsprechend der Anzahl der bestimmten Parameter mehrfach berechnungsfähig, wobei der/die manuell bestimmte(n) Parameter in der Rechnung anzugeben ist/sind.</i>	1,61 €
11091	Leukozyten-Differenzierung Mechanisiertes Differenzialblutbild; Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer (z.B. Volumen-Konduktivität-Streulicht-Technologie, Durchflusszytometrie-Zytochemie-Technologie); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11091 ist zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 11090 berechnungsfähig.</i>	0,75 €
11092	Retikulozytenzahl, mechanisiert Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer (Durchflusszytometrie [Zählung, ggf. einschließlich gerätespezifischer Retikulozyten-Indizes]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11092 ist zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 11090 berechnungsfähig.</i>	1,69 €

3. Blutgerinnung**12.02.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11100	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT) Citratplasma; Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie; chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,63 €
11101	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ) Citratplasma; Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch); Auswertung: apparativ-quantitativ.	1,24 €
11102	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert) Citratplasma; Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11102 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11015 oder 11103 nicht berechnungsfähig.</i>	2,00 €
11103	Thromboplastinzeit und abgeleitetes Fibrinogen, insgesamt Citratplasma; Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11103 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11015, 11102 oder 11905 nicht berechnungsfähig.</i>	3,26 €

4. Funktionstests**12.02.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11108	Amylase-Clearance Abklärung Makroamylasämie; Serum oder Plasma, Urin (Urin-Zeit-Volumen); einmal Amylase (Blut), einmal Amylase (Urin); Auswertung: apparativ-quantitativ, Clearance-Berechnung.	4,19 €
11109	Blutzuckertagesprofil z.B. Diabetes-Einstellung; Kapillarblut oder venöses Plasma; viermal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	3,57 €
11110	Glukosetoleranztest, intravenös Abklärung Diabetes mellitus; Kapillarblut oder venöses Plasma; siebenmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	6,24 €
11111	Glukosetoleranztest, oral Abklärung Diabetes mellitus (z.B. Gestationsdiabetes); Kapillarblut oder venöses Plasma; viermal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	3,57 €
11112	Kreatinin-Clearance Abklärung Nierenexkretionsleistung; Serum oder Plasma, Urin (Urin-Zeit-Volumen); einmal Kreatinin (Blut), einmal Kreatinin (Urin); Auswertung: apparativ-quantitativ, Clearance-Berechnung.	1,57 €

III. Speziallabor

12.03

Allgemeine Bestimmungen

Für die mit H2, H3 oder H4 gekennzeichneten Leistungen sind die Höchstwerte nach den Nummern 11118, 11119 bzw. 11120 zu beachten.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11118	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Leistungen <i>Gebührennummern 11121, 11123, 11125, 11127, 11129, 11131, 11133, 11134, 11137, 11139, 11141, 11143, 11145, 11147, 11149, 11151, 11153, 11155, 11157, 11159, 11161, 11163, 11165, 11167 oder 11169.</i>	90,78 €
11119	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Leistungen <i>Gebührennummern 12961, 12962, 12963, 12964, 12965, 12967, 12969, 12973, 12977, 12979, 12980 oder 12981.</i>	94,82 €
11120	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Leistungen <i>Gebührennummern 11998, 11999, 12030, 12031 oder 12713.</i>	29,11 €

1. Autoantikörper, Allergene**12.03.01****Allgemeine Bestimmungen**

Neben den qualitativen Leistungen (bis zu zwei Titerstufen) des Abschnitts M III.01.01.01 sind die entsprechenden quantitativen Leistungen (mehr als zwei Titerstufen) des Abschnitts M III.01.01.01 nicht berechnungsfähig. Neben dem simultanen substratspezifischen qualitativen immunfluoreszenzmikroskopischen Nachweis von Antikörpern in einem Ansatz nach den Nummern 11243 und 11244 sind die qualitativen immunfluoreszenzmikroskopischen Einzelleistungen der Abschnitte M III.02.01.02, M III.02.02.02, M III.02.03.01 und M III.02.04.02 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um die gleichen substratspezifischen Antikörper handelt.

1.1 Autoantikörper (Antikörper gegen körpereigene zelluläre Strukturen/[Ziel-]Antigene)**12.03.01.01****1.1.1 Immunfluoreszenz (IFT)****12.03.01.01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11121	Basalmembran/Alveolen, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11122	Basalmembran/Alveolen, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11123	Basalmembran/Glomerulus, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11124	Basalmembran/Glomerulus, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11125	Basalmembran/Haut, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11126	Basalmembran/Haut, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11127	Basalmembran/Tubulus, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11128	Basalmembran: Tubulus, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11129	Becherzellen/Colon, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11130	Becherzellen/Colon, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11131	Desmosomen/Haut, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11132	Desmosomen/Haut, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11133	Endomysium-IgA, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11134	Endomysium-IgG bei selektivem IgA-Mangel, IFT qualitativ Abklärung selektiver IgA-Mangel; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11135	Endomysium-IgG bei selektivem IgA-Mangel, IFT quantitativ Abklärung selektiver IgA-Mangel; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11136	Endomysium-IgA, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11137	Glatte Muskulatur (ASMA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis (z.B. F-Actin-Autoantikörper); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	18,33 €
11138	Glatte Muskulatur (ASMA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis (z.B. F-Actin-Autoantikörper); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	32,08 €
11139	Herzmuskulatur (HMA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	18,33 €
11140	Herzmuskulatur (HMA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	32,08 €
11141	Inselzellen (ICA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,45 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11142	Inselzellen (ICA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11143	Kerne (ANA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	18,33 €
11144	Kerne (ANA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	32,08 €
11145	Leber-Niere-Mikrosomen (LKM), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,20 €
11146	Leber-Niere-Mikrosomen (LKM), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11147	Mitochondrien (AMA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	18,33 €
11148	Mitochondrien (AMA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	32,08 €
11149	Myelin-assoziiertes Glykoprotein (MAG), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11150	Myelin-assoziiertes Glykoprotein (MAG), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11151	nDNA (Crithidia luciliae [CLIFT]), qualitativ Abklärung positiver ANA-Befunde; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11152	nDNA (Crithidia luciliae [CLIFT]), quantitativ Abklärung positiver ANA-Befunde; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,67 €
11153	Nebennierenrinde, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11154	Nebennierenrinde, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11155	Onkoneuronale Antigene (ONA [z.B. Hu, Ri, Yo, Ma, Tr, Amphiphysin]), je Ansatz, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) onkoneurale(en) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	25,63 €
11156	Onkoneuronale Antigene (ONA [z.B. Hu, Ri, Yo, Ma, Tr, Amphiphysin]), je Ansatz, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Das/Die untersuchte(n) onkoneurale(en) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,38 €
11157	Ovar, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	22,22 €
11158	Ovar, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	38,88 €
11159	Pankreas/Acinusepithel (PAK), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11160	Pankreas/Acinusepithel (PAK), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11161	Parietalzellen (PCA), IFT qualitativ Abklärung atrophische Gastritis; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	18,33 €
11162	Parietalzellen (PCA), IFT quantitativ Abklärung atrophische Gastritis; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	32,08 €
11163	Skelettmuskulatur (SMA), IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11164	Skelettmuskulatur (SMA), IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €
11165	Speicheldrang/Epithel, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	25,63 €
11166	Speicheldrang/Epithel, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11167	Zentromerregion (ACA), IFT qualitativ Abklärung systemische Sklerose; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	20,15 €
11168	Zentromerregion (ACA), IFT quantitativ Abklärung systemische Sklerose; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	35,26 €
11169	Zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (p-ANCA, c-ANCA), insgesamt, IFT qualitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; ethanol-/formalinfixierte neutrophile Granulozyten, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	12,10 €
11170	Zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (p-ANCA, c-ANCA), insgesamt, IFT quantitativ Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; ethanol-/formalinfixierte neutrophile Granulozyten, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	21,18 €

1.1.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.01.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11181	Asialoglykoprotein-Rezeptor, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	24,37 €
11182	Azetylcholinrezeptor (AChR), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	46,48 €
11183	Basalmembran/Glomerulus, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	21,08 €
11184	Beta-2-Glykoprotein I (IgG, IgM), je Immunglobulin, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,33 €
11185	Bullöses Pemphigoid-Antigen (z.B. BPAG2), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	23,49 €
11186	Calciumkanal (Typ N, Typ P/Q), je Typ, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	27,78 €
11187	Cardiolipin (IgG, IgM), je Immunglobulin, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,55 €
11188	Citrullinierte Peptide und/oder Proteine (ACPA), IA Autoantikörnernachweis (z.B. CCP, CPA, MCV); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,94 €
11189	Desmogleine (1, 3) bei Verdacht auf Pemphigus vulgaris, je Desmoglein, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	23,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11190	ds-DNA, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,04 €
11191	Ganglioside (GM1,GD1a,GD1b,GT1b,GQ1b), je Gangliosid, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Das/Die untersuchte(n) Gangliosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,60 €
11192	Gastrale H⁺/K⁺-ATPase (spezifischer Parietalzell-AK), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	23,33 €
11193	Gewebstransglutaminase (tTG), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	22,60 €
11194	Glutamat-Decarboxylase (GAD), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	22,44 €
11195	Glykoprotein 210 (gp210), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	22,60 €
11196	Histone, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,08 €
11197	21-Hydroxylase (NNR-Antigen), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	24,21 €
11198	Inselzellprotein IA-2 (Tyrosinphosphatase), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	18,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11199	Insulin, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	18,89 €
11200	Interferon alpha, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	25,43 €
11201	Intrinsic-Faktor (IFA-Typ1), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	22,60 €
11202	Jo-1-Synthetase, IA Jo-1-Synthetase, IA. Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,62 €
11203	Kollagen, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,09 €
11204	Lebercytosol-Antigen Typ 1 (LC-1), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	21,08 €
11205	LKM-1, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,44 €
11206	Mikrosomen (Thyreoperoxidase, TPO), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,66 €
11207	Mitochondrien-Subform 2 (AMA-M2 [Anti-PDH-E2]), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11208	Myeloperoxidase (p-ANCA), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	14,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11209	Nukleosomen, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11210	PM-Scl-100, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11211	Proteinase 3 (c-ANCA), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	14,51 €
11212	Rheumafaktor (RF-IgM) Serum oder Plasma, Synovia; z.B. Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]), Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-quantitativ.	7,63 €
11213	Rheumafaktor-Differenzierung (IgA, IgG, IgM), je Immunglobulin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die Leistung nach Nummer 11213 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Rheumafaktornachweis nach Nummer 11212.</i>	10,36 €
11214	Ribonukleoprotein, uridinreiches (U1-RNP), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,43 €
11215	Ribosomale Phosphoproteine (rib-P), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11216	RNA-Polymerase (Pol III), IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,89 €
11217	Scl-70-Antigen, IA Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,43 €
11218	Skelettmuskel-spezifische Tyrosinkinase (MuSK), IA Abklärung AChR-negative Myasthenia gravis; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	25,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11219	Sm-Antigen, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,43 €
11220	Soluble-liver Antigen/Leber-Pankreas-Antigen (SLA/LP), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,70 €
11221	Sp100-Antigen, IA Abklärung AMA-negative PBC; Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,22 €
11222	SS-A/Ro-Antigen, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,43 €
11223	SS-B/La-Antigen, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,04 €
11224	Thyreoglobulin, IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,17 €
11225	Titin (MGT 30), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,22 €
11226	TSH-Rezeptor (TRAK), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	21,47 €
11227	Zentromer (CENP-B), IA Autoantikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11228	Zirkulierende Immunkomplexe (CIC), insgesamt Autoantikörnernachweis (z.B. gegen C1q); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, ggf. einschließlich vorangehender PEG-Fällung; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten).	19,28 €

1.1.3 Antigengemische, Autoantikörperprofile**12.03.01.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11241	Antigen-Pool I, insgesamt Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gemisch aus mindestens zwei Zielantigenen (z.B. extrahierbare nukleäre Zielantigene [ENA]), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11241 ist neben der Leistung nach Nummer 11242 nicht berechnungsfähig.</i>	20,53 €
11242	Antigen-Pool II, insgesamt Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gemisch aus mindestens acht Zielantigenen (z.B. zytoplasmatische und nukleäre Zielantigene), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11242 ist neben der Leistung nach Nummer 11241 nicht berechnungsfähig.</i>	23,57 €
11243	Autoantikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik I, insgesamt Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens zwei Substrate (z.B. Muskulatur [Herz, M. iliopsoas]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11243 ist neben der Leistung nach Nummer 11244 nicht berechnungsfähig.</i>	36,87 €
11244	Autoantikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik II, insgesamt Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Substrate (z.B. Polyendokrinopathie-Mosaik [Schilddrüse, Pankreas, Nebennierenrinde, Ovar, Hoden, Parietalzellen]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11244 ist neben der Leistung nach Nummer 11243 nicht berechnungsfähig.</i>	62,83 €
11245	Autoantikörper-Immunoassay-Profil I, insgesamt Autoantikörper-Profil; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Simultanbestimmung mit mindestens zwei Einzelantigenen (z.B. Mikrotiterplatten-ELISA); Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11245 ist neben der Leistung nach Nummer 11246 nicht berechnungsfähig. Neben dem simultanen Nachweis der Zielantigene in einem Ansatz ist der Nachweis dieser Zielantigene in Einzelansätzen nach den Nummern 11197 bis 11228 nicht berechnungsfähig.</i>	37,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11246	Autoantikörper-Immunoassay-Profil II, insgesamt Autoantikörper-Profil; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Simultanbestimmung mit mindestens acht Einzelantigenen (z.B. Mikrotiterplatten-ELISA); Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11246 ist neben der Leistung nach Nummer 11245 nicht berechnungsfähig. Neben dem simultanen Nachweis der Zielantigene in einem Ansatz ist der Nachweis dieser Zielantigene in Einzelansätzen nach den Nummern 11197 bis 11228 nicht berechnungsfähig.</i>	60,55 €

1.1.4 Immunoblot**12.03.01.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11251	Autoantikörper-Line-Blot-Profil I, insgesamt Autoantikörper-Profil; Serum oder Plasma; mindestens zwei Membran-gebundene (immobilisierte) Zielantigene (z.B. Hu, Ri, Yo), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (Banden); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11251 ist neben der Leistung nach den Nummern 11252 oder 11253 nicht berechnungsfähig.</i>	41,14 €
11252	Autoantikörper-Line-Blot-Profil II, insgesamt Autoantikörper-Profil; Serum oder Plasma; mindestens sechs Membran-gebundene (immobilisierte) Zielantigene (z.B. Ku, Mi-2, Pm-Scl, Jo-1, SRP, Ro-52), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (Banden); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11252 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11251 oder 11253 nicht berechnungsfähig.</i>	69,24 €
11253	Autoantikörper-Line-Blot-Profil III, insgesamt Autoantikörper-Profil; Serum oder Plasma; mindestens zehn Membran-gebundene (immobilisierte) Zielantigene (z.B. nRNP; Sm, SS-A, SS-B, Scl-70, Jo-1, CENP-B, Nukleosomen, Histone, rib-P, AMA-M2), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (Banden); Auswertung: z.B. visuell (z.B. Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Autoantikörper-Line-Blot-Profil III, insgesamt. Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11253 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11251 oder 11252 nicht berechnungsfähig.</i>	88,66 €
11254	Autoantikörper-Westernblot, insgesamt Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gel-Elektrophorese (definierter Antigenextrakt), Antigentransfer (z.B. Elektroblothing), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (Banden); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Das/Die untersuchte(n) Zielantigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	69,28 €

1.2 Allergene**12.03.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11261	Allergen-Mikroarray Molekulare Komponentendiagnostik (z.B. spezifische IgEs); Serum oder Plasma, Sekret (z.B. Atemwegssekret); mindestens 80 immobilisierte Allergenkomponenten; Mikroarray (Chiptechnologie); Detektion: apparativ (z.B. Laserscanner); Auswertung: systemspezifische Software. <i>Die Leistung nach Nummer 11261 ist nicht berechnungsfähig., wenn mit der Leistung nach Nummer 11263 die jeweilige medizinisch-allergologische Fragestellung gleichermaßen definitiv, aber kostengünstiger beantwortet werden kann. Die Leistung nach Nummer 11261 ist neben der Leistung nach Nummer 11263 nicht berechnungsfähig.</i>	200,39 €
11262	Allergen-Screening, insgesamt Serum oder Plasma, Vollblut, Sekret (z.B. Atemwegssekret); Allergen-Panel (mindestens zehn monospezifische Inhalations- oder Nahrungsmittel-Allergene; mindestens zwanzig trägergebundene monospezifische Inhalations- und/oder Nahrungsmittelallergene); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Line-Blot, Immunchromatographie; Auswertung: z.B. apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten), visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Die untersuchten Allergene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11262 ist pro Patientenprobe bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	17,98 €
11263	Einzelallergen Einzelallergen (z.B. monospezifischer Extrakt, rekombinante[s] Allergen/Allergenfamilien); Serum oder Plasma, Sekrete (z.B. Atemwegssekret); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die untersuchten spezifischen IgE-Einzelallergene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11263 ist nicht berechnungsfähig bei Untersuchungen von spezifischen IgG-Einzelallergenen gegen Nahrungsmittelantigene. Die Leistung nach Nummer 11263 ist pro Patientenprobe bis zu fünfzehnmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11263 ist neben der Leistung nach Nummer 11261 nicht berechnungsfähig.</i>	11,92 €
11264	Gliadin (IgA, IgG), je Immunglobulin Antikörpernachweis (z.B. gegen GAF-3X); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ- testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,09 €
11265	Insulin Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ- testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,21 €
11266	Maus-Immunglobulin-Antikörper (HAMA) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	21,22 €
11267	Tumornekrosefaktor-Blocker (TNF-Blocker), je Antikörper Antikörpernachweis (z.B. gegen Adalimumab, Infliximab); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ- testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Der/Die untersuchte(n) Antikörper ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	21,22 €

2. Antikörper gegen Krankheitserreger (Infektionsserologie)**12.03.02****Allgemeine Bestimmungen**

1. Neben den qualitativen Leistungen (bis zu zwei Titerstufen) der Abschnitte M III.02.01.01, M III.02.01.02, M III.02.02.01, M III.02.02.02, M III.02.03.01, M III.02.04.01 und M III.02.04.02 sind die entsprechenden quantitativen Leistungen (mehr als zwei Titerstufen) der genannten Abschnitte nicht berechnungsfähig. Neben dem simultanen substratspezifischen qualitativen immunfluoreszenzmikroskopischen Nachweis von Antikörpern in einem Ansatz nach den Nummern 11643 und 11644 sind die qualitativen immunfluoreszenzmikroskopischen Einzelleistungen der Abschnitte M III.02.01.02, M III.02.02.02, M III.02.03.01 und M III.02.04.02 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um die gleichen substratspezifischen Antikörper handelt.
2. Werden erregerspezifische Antikörper in getrennten Testansätzen spezifiziert nach IgA und/oder IgG und/oder IgM nachgewiesen, so ist jeder Testansatz gesondert berechnungsfähig, soweit dieses Vorgehen die dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere) widerspiegelt. Die jeweilige Immunglobulin-Klasse ist in der Rechnung anzugeben, soweit dies aus der Leistungslegende nicht ersichtlich ist. Eine ggf. vorab notwendige klassenspezifische Immunglobulinisolierung ist Bestandteil der jeweiligen Leistung und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

2.1 Bakterien**12.03.02.01****2.1.1 Agglutination (AT)****12.03.02.01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11282	Brucella, AT quantitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. Serum-Langsam-Agglutination [z.B. Röhrchenagglutination, Mikrotiterverfahren], Rose-Bengal-Test); Auswertung: visuell-quantitativ (Endtiter).	19,73 €
11284	Francisella, AT quantitativ Antikörpernachweis, z.B. gegen F. tularensis Vollzellantigene; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. Serum-Langsam-Agglutination [z.B. Mikroagglutinationstest, Röhrchenagglutinationstest]); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	19,73 €
11285	Legionella, AT qualitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: visuell-qualitativ.	8,14 €
11286	Legionella, AT quantitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	19,73 €
11287	Leptospira, MAT qualitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: mikroskopisch-qualitativ.	8,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11288	Leptospira, MAT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: mikroskopisch-quantitativ (Endtiter).	19,73 €
11289	Mycoplasma pneumoniae, AT qualitativ Antikörnernachweis (Suchtest); Serum oder Plasma; z.B. Parikelagglutination; Auswertung: visuell-qualitativ.	8,14 €
11290	Salmonella-H-Antigene, je Antigen, quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). <i>Die Leistung nach Nummer 11290 ist pro Patientenprobe bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	11,03 €
11291	Salmonella-O-Antigene, je Antigen, quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). <i>Die Leistung nach Nummer 11291 ist pro Patientenprobe bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	11,03 €
11292	Treponema pallidum, qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. TPHA, TPPA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test; Auswertung: visuell-qualitativ.	6,74 €
11293	Treponema pallidum, quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. TPHA, TPPA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). <i>Die Leistung nach Nummer 11293 ist zweimal berechnungsfähig, wenn nach einem positiven Suchtest (z.B. TPPA) die Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit folgen soll (z.B. VDRL-Test).</i>	11,06 €

2.1.2 Immunfluoreszenz (IFT)**12.03.02.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11300	Bartonella henselae, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	13,26 €
11301	Bartonella henselae, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	24,55 €
11302	Bartonella quintana, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	13,26 €
11303	Bartonella quintana, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	24,55 €
11304	Bordetella parapertussis, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	13,26 €
11305	Bordetella parapertussis, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	24,55 €
11306	Borrelia burgdorferi, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	14,65 €
11307	Borrelia burgdorferi, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	25,64 €
11308	Chlamydia pneumoniae/psittaci/trachomatis (IgA, IgG, IgM), insgesamt je Immunglobulin, qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Fluoreszenzmikroskopie (MIF); Auswertung: qualitativ.	23,44 €
11309	Chlamydia pneumoniae/psittaci/trachomatis (IgA, IgG, IgM), insgesamt je Immunglobulin, quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Fluoreszenzmikroskopie (MIF); Auswertung: quantitativ (Titer).	41,02 €
11310	Coxiella burnetii, IFT, Phase 1 und Phase 2, qualitativ Antikörnernachweis, simultan Phase-1- und Phase-2-Antikörper; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	28,51 €
11311	Coxiella burnetii, IFT, Phase 1 und Phase 2, quantitativ Antikörnernachweis simultan Phase-1-Antikörper und Phase-2-Antikörper; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	49,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11312	Ehrlichia/Anaplasma, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	21,93 €
11313	Ehrlichia/Anaplasma, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	38,38 €
11314	Francisella, IFT qualitativ Antikörnernachweis, z.B. gegen F. tularensis LPS-Antigen; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	13,26 €
11315	Francisella, IFT quantitativ Antikörnernachweis, z.B. gegen F. tularensis LPS-Antigen; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	24,55 €
11318	Legionella, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	14,36 €
11319	Legionella, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,62 €
11320	Rickettsia, IFT qualitativ Antikörnernachweis, z.B. familienspezifisch, gruppenspezifisch; Serum oder Plasma; (Mikro)Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Bei Gruppen-spezifischem Antikörnernachweis (z.B. Zeckenbissfieber, Fleckfieber, Tsutsugamushi-Fieber) ist die Leistung nach Nummer 11320 bis zu dreimal berechnungsfähig. Die untersuchte(n) Gruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	21,99 €
11321	Rickettsia, IFT quantitativ Antikörnernachweis, z.B. familienspezifisch, gruppenspezifisch; Serum oder Plasma; (Mikro)Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ. <i>Bei Gruppen-spezifischem Antikörnernachweis (z.B. Zeckenbissfieber, Fleckfieber, Tsutsugamushi-Fieber) ist die Leistung nach Nummer 11321 bis zu dreimal berechnungsfähig. Die untersuchte(n) Gruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	38,48 €
11322	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	14,31 €
11323	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	24,44 €
11325	Treponema pallidum (19 S IgM), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie (fraktionierter IgM-Antikörper-Test); Auswertung: quantitativ (Titer).	27,41 €

2.1.3 Komplementbindungsreaktion (KBR)**12.03.02.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11331	Brucella, KBR Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	14,38 €
11332	Campylobacter, KBR Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	14,20 €
11333	Coxiella burnetii, je Phase, KBR Antikörnernachweis (z.B. Phase-1, Phase-2-Antikörper); Serum oder Plasma; Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	25,44 €

2.1.4 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.02.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11336	Bartonella henselae, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	18,47 €
11337	Bartonella quintana, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	18,47 €
11338	Bordetella pertussis, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen Pertussis-Toxin (PT); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11339	Borrelia burgdorferi, IA Antikörnernachweis, z.B. Dritt-Generationstests (z.B. VlsE-Antigen); Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	13,05 €
11340	Brucella, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	12,40 €
11341	Campylobacter, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen C. jejuni/C. coli-Antigene; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,79 €
11342	Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen Hauptmembranproteine (MOMP); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,90 €
11343	Chlamydia trachomatis, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen Hauptmembranproteine (MOMP); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,90 €
11344	Coxiella burnetii, je Phase, IA Antikörnernachweis (z.B. Phase-1, Phase-2-Antikörper); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11345	Diphtherie-Toxoid, IA Abklärung Impfstatus; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. internationale Einheiten/ml).	19,39 €
11346	Francisella, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen F. tularensis LPS-Antigen; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,00 €
11347	Haemophilus influenzae, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,94 €
11348	Helicobacter pylori, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen Zytotoxin-assoziierte Proteine; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,79 €
11349	Legionella, IA Antikörnernachweis, z.B. gegen gepoolte Antigene (z.B. Antigene der Serogruppen 1 bis 7); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	12,04 €
11350	Leptospira, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	18,47 €
11351	Neisseria meningitidis, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,79 €
11352	Mycoplasma pneumoniae, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,79 €
11353	Streptococcus pneumoniae, IA Abklärung Pneumokokken-Impfstatus; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,58 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11354	Pseudomonas aeruginosa, IA Abklärung bei Cystischer Fibrose, chronische Rhinosinusitis; Antikörperrnachweis (z.B. gegen gepoolte Antigene [z.B. Antigene der Serogruppen O-1 bis O-17], z.B. gegen Alkalische Phosphatase, Elastase, Exotoxin A; Serum oder Plasma, Speichel; Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, Titer).	16,58 €
11355	Tetanus-Toxin, IA Antikörperrnachweis (Impfstatus); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. internationale Einheiten/ml).	16,43 €
11356	Treponema pallidum, IA Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	12,04 €
11357	Yersinia, IA Antikörperrnachweis, z.B. gegen Yersinia-Outer-(Membrane-)Protein D; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,83 €

2.1.5 Immunoblot**12.03.02.01.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11371	Bakterienantikörper-Westernblot, insgesamt Serum oder Plasma; Gel-Elektrophorese (definierter Antigenextrakt), Antigentransfer (z.B. Elektroblothing), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. Fluoreszein-Farbstoff); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Das untersuchte Bacterium ist in der Rechnung anzugeben.</i>	69,28 €
11372	Borrelia-burgdorferi-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11306, 11307 oder 11339; Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Membran-gebundenes (immobilisiertes) Genus-spezifisches Vollantigen (Ganzzell-Lysat) oder mindestens fünf Membran-gebundene (immobilisierte) Genus-spezifische (z.B. rekombinante) Zielantigene (z.B. DbpA, VlsE, OspA, OspB, BMpA, p58), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Der Nachweis unterschiedlicher Genospezies-Antikörper (z.B. B. burgdorferi, B. afzelii, B. garinii) ist nur einmal berechnungsfähig, wenn die entsprechenden Zielantigene zusammen auf einem Membranstreifen aufgetragen und simultan detektiert werden können. Die untersuchte(n) Genospezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	30,19 €
11373	Campylobacter-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11332 oder 11341; Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma; mindestens fünf Membran-gebundene (immobilisierte) Campylobacter-(z.B. C. jejuni-)spezifische Zielantigene (z.B. MOMP, PEB4, PEB2, PEB1, OMP18), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	27,24 €
11374	Chlamydia-Line-Blot z.B. Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11308, 11309, 11342 oder 11343; z.B. Erstuntersuchung auf C. psitacci (Ornithose); Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma; mindestens sechs Membran-gebundene (immobilisierte) Chlamydia-speziespezifische Zielantigene (z.B. MOMP, OMP2, TARP, CPAF, HSP60, YwbM), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich, Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11375	Helicobacter pylori-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11348; Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma; mindestens fünf Membran-gebundene (immobilisierte) Helicobacter pylori-spezifische Zielantigene (z.B. CagA, VacA, GroEL, UreA, HcpC), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich, Densitometer, Luminometer.	27,24 €
11376	Mycoplasma pneumoniae-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11352 oder 11791; Antikörperrnachweis; Serum oder Plasma; mindestens fünf Membran-gebundene (immobilisierte) Mycoplasma pneumoniae-spezifische Zielantigene (z.B. P1, P200, P400, I-Protein, RP3M), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich, Densitometer, Luminometer.	30,19 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11377	Treponema pallidum-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11292, 11293, 11322, 11323, 11325 oder 11356; Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) TP-Zielantigene (z.B. TP47, Tp17, Tp15, TmpA), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	27,24 €
11378	Yersinia-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11357; Serum oder Plasma; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) Yersinia-spezifische Zielantigene (z.B. YOP M, YOP D, PsaA, MyfA), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €

2.1.6 Varia**12.03.02.01.06**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11386	Hyaluronidase Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Hemmung Hyaluronidase-Spaltung (z.B. Trübungsabnahme); Auswertung: visuell-quantitativ.	13,84 €
11387	Staphylolysin Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]), Hämolys-Hemmungstest; Auswertung: visuell-quantitativ.	10,08 €
11388	Streptokinase Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	11,42 €
11389	Streptokokken-Desoxyribonuklease B (Streptodornase B, DNase B) Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	12,10 €
11390	Streptolysin-O Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Hämolyshehmungsreaktion; Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), visuell-quantitativ.	9,60 €

2.2 Parasiten**12.03.02.02****2.2.1 Agglutination (AT)****12.03.02.02.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11401	Echinococcus, AT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,14 €
11402	Echinococcus, AT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,68 €
11403	Entamoeba histolytica, AT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ.	19,14 €
11404	Entamoeba histolytica, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	33,68 €
11407	Schistosoma, AT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ.	19,14 €
11408	Schistosoma, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	33,68 €
11409	Toxoplasma gondii, ISAGA, DIFA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunosorbent-Agglutination (ISAGA), Direkte Immunfixations-Agglutination (DIFA); Auswertung: visuell-qualitativ, visuell-quantitativ (Titer).	30,50 €

2.2.2 Immunfluoreszenz (IFT)**12.03.02.02.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11416	Anisakiasis, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,14 €
11417	Anisakiasis, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	33,68 €
11418	Babesia/Theileria, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. B. divergens, T. microti); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,14 €
11419	Babesia/Theileria, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. B. divergens, T. microti); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,68 €
11420	Echinococcus, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	27,50 €
11421	Echinococcus, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	48,38 €
11422	Entamoeba histolytica, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	27,50 €
11423	Entamoeba histolytica, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	48,38 €
11424	Fasciola, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,14 €
11425	Fasciola, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ(Titer).	33,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11426	Filarioidea (Filarien), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,14 €
11427	Filarioidea (Filarien), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	33,68 €
11428	Leishmania, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. L. donovani); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,14 €
11429	Leishmania, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch); Spezies-spezifisch (z.B. L. donovani); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,68 €
11430	Darm-Nematoden, IFT qualitativ Antikörnernachweis (z.B. gegen Onchocerca volvulus-Antigen); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,69 €
11431	Darm-Nematoden, IFT quantitativ Antikörnernachweis (z.B. gegen Onchocerca volvulus-Antigen); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	33,68 €
11432	Plasmodium, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. P. falciparum); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,42 €
11433	Plasmodium, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. P. falciparum); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	42,97 €
11434	Schistosoma, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. S. mansoni); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11435	Schistosoma, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. S. mansoni); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,68 €
11438	Toxoplasma gondii, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	14,65 €
11439	Toxoplasma gondii, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	25,64 €
11440	Trichinella spiralis, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,14 €
11441	Trichinella spiralis, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	33,68 €
11442	Trypanosoma, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. T. brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,14 €
11443	Trypanosoma, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. T. brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,68 €

2.2.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.02.02.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11451	Anisakiasis, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11452	Echinococcus, IA Antikörnernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	16,72 €
11453	Entamoeba histolytica, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,72 €
11454	Fasciola, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11455	Fillarioidea (Filarien), IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11456	Leishmania, IA Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch); Spezies-spezifisch (z.B. gegen L. donovani); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,38 €
11457	Darm-Nematoden, IA Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. Strongyloides), Antigengemisch); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11458	Schistosoma, IA Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. S. mansoni); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,39 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11459	Taenia, IA Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (Zystizerken), Spezies-spezifisch (z.B. T. saginata, T. Solium); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,39 €
11460	Toxocara canis, IA Antikörnernachweis (gegen Toxocara spp.); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11461	Toxoplasma gondii, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	12,20 €
11462	Trichinella spiralis, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,39 €
11463	Trypanosoma, IA Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. T. brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,38 €

2.2.4 Immunblot

12.03.02.02.04

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11471	Parasitenantikörper-Line-Blot Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Membran-gebundene(s) (immobilisierte[s]) Taxon-spezifische(s) Zielantigen(e), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Der untersuchte Parasit ist in der Rechnung anzugeben.</i>	39,10 €
11472	Parasitenantikörper-Westernblot, insgesamt Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gel-Elektrophorese (definierter Antigenextrakt), Antigentransfer (z.B. ElektrobloTTing), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. Fluoreszein-Farbstoff); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Der untersuchte Parasit ist in der Rechnung anzugeben.</i>	69,28 €

2.3 Pilze**12.03.02.03****2.3.1 Agglutination (AT), Immunfluoreszenz (IFT), Immundiffusion (ID), Komplementbindungsreaktion (KBR)****12.03.02.03.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11481	Aspergillus, IHA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Indirekte Hämagglutination; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	25,22 €
11482	Blastomyces dermatitidis, ID, KBR Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immundiffusion (Ouchterlony), Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: z.B. visuell-qualitativ, visuell-quantitativ (Titer).	11,57 €
11483	Candida, IHA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Indirekte Hämagglutination; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	25,22 €
11484	Candida albicans, IFT qualitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	19,71 €
11485	Candida albicans, IFT quantitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	34,68 €
11486	Coccidioides, ID, KBR Antikörpernachweis; z.B. Immundiffusion (Ouchterlony), Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: z.B. visuell-qualitativ, visuell-quantitativ (Titer).	24,78 €
11487	Histoplasma capsulatum, AT, ID, KBR Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Latex-Agglutination, Immundiffusion (Ouchterlony), Komplementbindungsreaktion (KBR); Auswertung: z.B. visuell-qualitativ, visuell-quantitativ (Titer).	18,18 €
11488	Paracoccidioides brasiliensis, ID Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immundiffusion (Ouchterlony); Auswertung: visuell-qualitativ (Präzipitat ja/nein).	32,12 €

2.3.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.02.03.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11496	Aspergillus, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,77 €
11497	Blastomyces dermatitidis, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,39 €
11498	Candida, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,15 €
11499	Histoplasma capsulatum, IA Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	19,39 €

2.4 Viren**12.03.02.04****2.4.1 Agglutination (AT)****12.03.02.04.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11505	Chikungunya-Virus, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Hämagglutinationshemmtest (HHT); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	32,12 €
11506	Influenza-A-Virus, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Hämagglutinationshemmtest (HHT); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	28,94 €
11507	Influenza-B-Virus, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Hämagglutinationshemmtest (HHT); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	28,94 €
11508	Rötelnvirus, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Hämagglutinationshemmtest (HHT), Hämolysis-in-Gel-Test (HiG); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	28,94 €
11509	West-Nil-Virus, AT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Hämagglutinationshemmtest (HHT); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	32,12 €

2.4.2 Immunfluoreszenz (IFT)**12.03.02.04.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11516	Alphavirus, sonstige Spezies, IFT qualitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Barmah-Forest-Virus, O'Nyong-nyong-Virus, östliches, westliches Pferdeenzephalitis-Virus, Mayoro-Virus, Ross-River-Virus, Semliki-Forest-Virus, Sindbis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11517	Alphavirus, sonstige Spezies, IFT quantitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Barmah-Forest-Virus, O'Nyong-nyong-Virus, östliches, westliches Pferdeenzephalitis-Virus, Mayoro-Virus, Ross-River-Virus, Semliki-Forest-Virus, Sindbis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11518	Arenavirus, sonstige Spezies, IFT qualitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Junin-Virus, Lassa-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11519	Arenavirus, sonstige Spezies, IFT quantitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Junin-Virus, Lassa-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11520	Chikungunya-Virus, IFT qualitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	35,73 €
11521	Chikungunya-Virus, IFT quantitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	62,84 €
11522	Coronavirus, IFT qualitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,64 €
11523	Coronavirus, IFT quantitativ Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	30,87 €
11524	Dengue-Virus, IFT qualitativ Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	35,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11525	Dengue-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	62,84 €
11526	Epstein-Barr-Virus-Capsid-Antigen (VCA), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	14,83 €
11527	Epstein-Barr-Virus-Capsid-Antigen (VCA), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	25,96 €
11528	Filoviridae, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Ebola-Virus, Marburg-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11529	Filoviridae, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Ebola-Virus, Marburg-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11530	Flavivirus, sonstige, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Japan-Enzephalitis-Virus, Murray-Valley-Virus, Saint-Louis-Enzephalitis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11531	Flavivirus, sonstige, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Japan-Enzephalitis-Virus, Murray-Valley-Virus, Saint-Louis-Enzephalitis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11532	Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11533	Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11534	Gelbfieber-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	35,73 €
11535	Gelbfieber-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	62,84 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11536	Hantavirus (Orthohantavirus), IFT qualitativ Antikörnernachweis, mindestens zwei Spezies simultan (z.B. Hantaan-Virus und Puumala-Virus); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchten Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,69 €
11537	Hantavirus (Orthohantavirus), IFT quantitativ Antikörnernachweis, mindestens zwei Spezies simultan (z.B. Hantaan-Virus und Puumala-Virus); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchten Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	34,48 €
11538	Herpes-simplex-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (HSV-1, HSV-2); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,69 €
11539	Herpes-simplex-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (HSV-1, HSV-2); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	34,48 €
11540	Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11541	Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,67 €
11542	Humanes Herpesvirus 8 (HHV-8), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11543	Humanes Herpesvirus 8 (HHV-8), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,67 €
11544	Influenza-A-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	16,21 €
11545	Influenza-A-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	28,52 €
11546	Influenza-B-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	16,21 €
11547	Influenza-B-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	28,52 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11548	Lymphozytäres-Choriomeningitis-Virus (LCMV), IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11549	Lymphozytäres-Choriomeningitis-Virus (LCMV), IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11550	Masernvirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11551	Masernvirus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11552	Mumpsvirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11553	Mumpsvirus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11554	Orthonairovirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Krim-Kongo-hämorrhagisches-Fieber-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11555	Orthonairovirus, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Krim-Kongo-hämorrhagisches-Fieber-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11556	Orthobunyavirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Batai-Virus, Kalifornisches Enzephalitis-Virus, Inkoo-Virus, Madrid-Virus, Ngari-Virus, Oropouche-Virus, Tahyna-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11557	Orthobunyavirus, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Batai-Virus, Kalifornisches Enzephalitis-Virus, Inkoo-Virus, Madrid-Virus, Ngari-Virus, Oropouche-Virus, Tahyna-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11558	Phlebovirus, sonstige, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Rifttal-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €
11559	Phlebovirus, sonstige, IFT quantitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Rifttal-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.</i>	62,84 €
11560	Sandmückenfieber-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11561	Sandmückenfieber-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11562	Varicella-Zoster-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	23,81 €
11563	Varicella-Zoster-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	41,89 €
11564	West-Nil-Virus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (Titer).	35,73 €
11565	West-Nil-Virus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	62,84 €
11566	Zikavirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	35,73 €
11567	Zikavirus, IFT quantitativ Antikörnernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	62,84 €
11568	Bornavirus, IFT qualitativ Antikörnernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Borna Disease Virus 1 [BoDV-1], Variegated Squirrel Bornavirus 1 [VSBV-1]); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung

11569 Bornavirus, IFT quantitativ

62,84 €

Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Borna Disease Virus 1 [BoDV-1], Variegated Squirrel Bornavirus 1 [VSBV-1]); z.B. Serum oder Plasma, Liquor;
Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).

Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.

Vertraulich

2.4.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.02.04.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11576	Adenoviridae, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	20,07 €
11577	Chikungunya-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	24,69 €
11578	Cytomegalovirus (CMV), IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	15,96 €
11579	Dengue-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	17,63 €
11580	Enterovirus, IA Antikörpernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	20,07 €
11581	Epstein-Barr-Virus, je Antigen, IA Antikörpernachweis, z.B. gegen EA, EBNA-1, VCA; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Das/Die untersuchte(n) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,96 €
11582	Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME), IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	15,99 €
11583	Hantavirus (Orthohantavirus), IA Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Dobrava-Virus, Hantaan-Virus, Puumala-Virus); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Der/Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11584	Hepatitis-A-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,93 €
11585	Hepatitis-B-Virus, HBc-Antigen, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	13,51 €
11586	Hepatitis-B-Virus, HBe-Antigen, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,93 €
11587	Hepatitis-B-Virus, HBs-Antigen, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	12,23 €
11588	Hepatitis-C-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	15,93 €
11589	Hepatitis-D-Virus, Delta-Antigen, IA Abklärung Koinfektion bei HBV-Patienten; Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	46,10 €
11590	Hepatitis-E-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	24,68 €
11591	Herpes-simplex-Virus 1 (HSV-1), IA Antikörpernachweis, Typen-spezifisch; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	14,64 €
11592	Herpes-simplex-Virus 2 (HSV-2), IA Antikörpernachweis, Typen-spezifisch; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	14,64 €
11593	Herpes-simplex-Virus, IA Antikörpernachweis Genus-spezifisch (HSV-1 und HSV-2); Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	14,64 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11594	Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6), IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,12 €
11595	Humanes Herpesvirus 8 (HHV-8), IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,12 €
11596	Humanes Immundefizienz-Virus (HIV-1/2), IA Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, ggf. einschließlich simultan Antigennachweis (z.B. p24-Antigen [Viert-Generation-Test]); Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	12,81 €
11597	Humanes T-Zell-Leukämie-Virus (HTLV-I/II), IA Antikörpernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	16,12 €
11598	Influenza-A-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	13,35 €
11599	Influenza-B-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	13,35 €
11600	Lassa-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	46,10 €
11601	Masernvirus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI].	16,12 €
11602	Mumpsvirus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), ggf. einschließlich Antikörperindex [AI].	17,63 €
11603	Parainfluenzavirus, IA Antikörpernachweis, z.B. gegen Humanes Parainfluenzavirus 1, 2, 3 gepoolt; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	14,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11604	Parvovirus B19, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	14,83 €
11605	Respiratory-Syncytial-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	13,35 €
11606	Rötelnvirus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	13,77 €
11607	Varicella-Zoster-Virus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	16,51 €
11609	Zikavirus, IA Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	24,68 €
11610	Coronavirus, IA Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	16,18 €

2.4.4 Immunoblot**12.03.02.04.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11621	Cytomegalovirus(CMV)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11578; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) CMV-spezifische Zielantigene (z.B. IE1, CM2, p65, gB1), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	39,10 €
11622	Epstein-Barr-Virus(EBV)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11526 oder 11581; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens drei Membran-gebundene (immobilisierte) EBV-spezifische Zielantigene (z.B. p72, p23, p18), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	39,10 €
11623	Hantavirus(Orthohantavirus)-Line-Blot Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens drei Membran-gebundene (immobilisierte) Hantavirus-spezifische Zielantigene (z.B. PuN, HaN, DobN, ggf. auch SFFV), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11624	Hepatitis-C-Virus(HCV)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11588; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) HCV-spezifische Zielantigene (z.B. Core 1, NS3, NS4, NS5), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	49,97 €
11625	Hepatitis-E-Virus(HEV)-Line-Blot Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens zwei Membran-gebundene (immobilisierte) HEV-spezifische Zielantigene (z.B. O2N, O2M), Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11626	Herpes-simplex-Virus(HSV)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11538, 11539, 11591, 11592 oder 11593; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Membran-gebundene (immobilisierte) HSV-spezifische Zielantigene (gG1, gG2), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	39,10 €
11627	Humanes Immundefizienz-Virus Typ 1/2(HIV-1/2)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11596; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) HIV-1/2-spezifische Zielantigene (z.B. gp120, p51, p24, gp105), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter visueller Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Werden für HIV-1 bzw. HIV-2 getrennte Line-Blots als Bestätigungstests durchgeführt, ist die Leistung nach Nummer 11627 zweimal berechnungsfähig.</i>	57,99 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11628	Humanes T-Zell Leukämie-Virus Typ1/2(HTLV-1/2)-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11597; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Membran-gebundene (immobilisierte) HTLV-1/2-spezifische Zielantigene (z.B. p24-1/2, gp46-1/2, p19-1, gp46-2), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11629	Parvovirus-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11604; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; mindestens drei Membran-gebundene (immobilisierte) Parvovirus-spezifische Zielantigene (z.B. VP-2p, Vp-2r, Vp-C), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11630	Rötelnvirus-Line-Blot Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11508 oder 11606; Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Membran-gebundene (immobilisierte) Rötelnvirus-spezifische Zielantigene (E1, E2 und C), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer.	30,19 €
11631	Virusantikörper-Westernblot, insgesamt Antikörnernachweis; Serum oder Plasma; Gel-Elektrophorese (definierter Antigenextrakt), Antigentransfer (z.B. Elektroblothing), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. Fluoreszein-Farbstoff); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. <i>Das untersuchte Virus ist in der Rechnung anzugeben.</i>	69,28 €

2.5 Methoden, sonstige**12.03.02.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11641	Antikörper-Aviditätsmessung, je Erreger Abklärung Infektionsstatus bei Schwangeren; Serum oder Plasma; Aviditäts-empfindliches Agens (z.B. 6 mol/l Harnstoff); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenztest; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. Aviditätsindex). <i>Der/Die untersuchte(n) Taxon-spezifische(n) Antikörper ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	28,69 €
11642	Neutralisationstest, je Probandenserum und Taxon Immunitätsnachweis quantitativ (z.B. Impftiter, natürliche Immunität); serielle Serumverdünnung, definierte Taxon-Dosis (z.B. Virusdosis), Taxon-geeignete, Zellart-unterschiedliche primäre oder sekundäre Zellkultur(en) oder Zelllinie(n), Bebrütung (einschließlich Kontrollkulturen); Auswertung: Mikroskopie (Nachweis Taxon-spezifischer zytopathischer Effekte). <i>Die untersuchte Taxon-spezifische Immunität ist in der Rechnung anzugeben.</i>	38,51 €
11643	Rheumafaktor-Absorption, je Erreger Abklärung fraglich positiver IgM-Antikörperbefund; Serum oder Plasma; Rf-Absorbens (z.B. Anti-Human-IgG), Taxon-spezifischer IgM-Antikörpernachweis (z.B. Signal-[Tracer-]verstärkter Immunoassay); Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). <i>Der untersuchte Erreger-spezifische Antikörper ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11643 ist nur berechnungsfähig, wenn Verdacht besteht, dass die in der Regel routinemäßig vorgesehene RF-Absorption beim Nachweis von IgM-Antikörpern nicht ausreichend effektiv war.</i>	28,58 €
11644	Antikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik I, insgesamt Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens zwei Substrate (z.B. Herpes-simplex-Virus 1, Herpes simplex-Virus 2 [infizierte Zellen]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11644 ist neben der Leistung nach Nummer 11645 nicht berechnungsfähig.</i>	36,87 €
11645	Antikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik II, insgesamt Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Substrate (z.B. Parainfluenzavirus 1, 2, 3, 4 [infizierte Zellen]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11645 ist neben der Leistung nach Nummer 11644 nicht berechnungsfähig.</i>	62,83 €

3. Arzneimittel, Drogen, Toxikologie

12.03.03

3.1 Arzneimittel (therapeutisches Drugmonitoring)

12.03.03.01

Allgemeine Bestimmungen

1.

Wird an einem Kalendertag eine Leistung des Abschnitts M III.03.01 mehr als viermal erbracht und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.
2.

Die Bestimmung der in den Leistungslegenden der Abschnitte M III.03.01.01, M III.03.01.02 und M III.03.01.03 genannten Arzneimittel ist grundsätzlich mit der/den in der jeweiligen Leistungslegende geforderten Methode(n) durchzuführen und abzurechnen. Wird vom Vorgehen gemäß Satz 1 abgewichen, bedarf dies einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

3.1.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)

12.03.03.01.01

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11661	Aminoglykoside(-Antibiotika), je Medikament, IA z.B. Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Tobramycin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Aminoglykosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,25 €
11662	Antiarrhythmika, je Medikament, IA z.B. Chinidin, Flecainid, Lidocain, Propafenon; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antiarrhythmikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,60 €
11663	Antibiotika, je Medikament, IA z.B. Vancomycin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antibiotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,60 €
11664	Antiepileptika, je Medikament, IA z.B. Carbamazepin, Ethosuximid, Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Valproinsäure; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antiepileptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	11,29 €
11665	Herzglykoside, je Medikament, IA z.B. Digitoxin, Digoxin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Herzglykosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	13,43 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11666	Immunsuppressiva, je Medikament, IA z.B. Ciclosporin, Everolimus, Mycophenolat, Sirolimus, Tacrolimus, monoklonaler Antikörper (z.B. Infliximab); EDTA-Vollblut, Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Immunsuppressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	27,01 €
11667	Methotrexat, IA Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,06 €
11668	Theophyllin, IA Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,32 €

3.1.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC)**12.03.03.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11675	Anthelminthika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Albendazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Wurmmittel ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €
11676	Antiarrhythmika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Amiodaron, Disopyramid, Flecainid, Lidocain, Procainamid, Propafenon; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antiarrhythmikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,30 €
11677	Antibiotika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Amoxicillin, Aztreonam, Doxycyclin, Isoniazid, Mefloquin, Rifampicin, Tetracyclin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antibiotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €
11678	Anticholinergika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Biperiden; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchten Anticholinergikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €
11679	Antidepressiva, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Amitriptylin, Citalopram, Desipramin, Doxepin, Imipramin, Mirtazapin, Nortriptylin, Paroxetin, Venlafaxin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antidepressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,99 €
11680	Antiepileptika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Carbamazepin, Ethosuximid, Felbamat, Lamotrigen, Oxcarbazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Sultiam, Topiramamat, Valproinsäure, Vigabatrin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antiepileptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,44 €
11681	Antimetabolite, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Acetazolamid, Allopurinol, Carbimazol, Methotrexat; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Der/Die untersuchte(n) Antimetabolit(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11682	Antimykotika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Amphotericin B, Flucytosin, Miconazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Antimykotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €
11683	Antivirale Medikamente, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Acyclovir, Didanosin, Indinavir, Ribavirin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) antivirale(n) Medikament(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	25,02 €
11684	Beta-Rezeptorblocker, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Propanolol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Der/Die untersuchte(n) Beta-Rezeptorblocker ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,11 €
11685	Bronchospasmolytika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Coffein, Theophyllin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bronchospasmolytikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,97 €
11686	Immunsuppressiva, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Mycophenolat; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Immunsuppressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	24,26 €
11687	Neuroleptika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Levomepromazin, Olanzapin, Quetiapin, Thioridazin, Tiaprid; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Neuroleptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	25,15 €
11688	Sedativa/Tranquilizer, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC z.B. Benzodiazepine, Clomethiazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Der/Die untersuchte(n) Sedativum(a)/Tranquilizer ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	25,01 €

3.1.3 Methoden, sonstige**12.03.03.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11696	Arzneimittel, je GC-MS-Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	48,98 €
11697	Arzneimittel, je GC-Untersuchung (Chromatogramm) Serum oder Plasma; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,91 €
11698	Arzneimittel, je LC-MS-Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma; (Hochdruck-)Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. [HP]LC-MS, [HP]LC-MS/MS, HPLC-MS-TOF); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	72,03 €
11699	Bromid Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	20,22 €
11700	Lithium Serum oder Plasma; z.B. Flammenphotometrie, Potenziometrie (ionensensitive Elektrode [ISE]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	5,49 €

3.2 Drogenabusus, Toxikologie (exogene Gifte)**12.03.03.02****Allgemeine Bestimmungen**

Die Bestimmung der in den Leistungslegenden der Abschnitte M III.03.02.01 und M III.03.02.02 genannten exogenen Gifte ist grundsätzlich mit der/den in der jeweiligen Leistungslegende geforderten Methode(n) durchzuführen und abzurechnen. Wird vom Vorgehen gemäß Satz 1 abgewichen, bedarf dies einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

3.2.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay**12.03.03.02.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11711	Amphetamine Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	11,78 €
11712	Azetaminophen (Paracetamol) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,60 €
11713	Barbiturate Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	11,01 €
11714	Benzodiazepine Serum oder Plasma; Urin, Mageninhalt (z.B. Erbrochenes, Abgesaugtes); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	10,85 €
11715	Cannabinoide Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	12,21 €
11716	Cocain und/oder Cocainmetabolite Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	15,49 €
11717	Lysergsäurediethylamid (LSD) Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,74 €
11718	Methadon und/oder Methadonmetabolit (EDDP) Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	15,82 €
11719	Opiate Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	12,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11720	Phencyclidin Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	18,75 €
11721	Trizyklische Antidepressiva Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Gruppentest); Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (Cut-off-Wert).	12,17 €

Vertraulich

3.2.2 Methoden, sonstige**12.03.03.02.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11726	Ameisensäure Auch als Metabolit von Methanol und/oder Formaldehyd; Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,07 €
11727	Ethanol, gaschromatographisch Vollblut, Serum oder Plasma, Urin; Headspace-Gaschromatographie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,55 €
11728	Ethanol, photometrisch Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	11,80 €
11729	Exogene Gifte, je GC-MS-Untersuchung (Spektrum) General-unknown-Screening oder Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse; Serum oder Plasma, Urin, Mageninhalt (z.B. Erbrochenes, Abgesaugtes), Speichel; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das Untersuchungsziel (General-unknown-Screening oder Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse) ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11729 ist neben der Leistung nach Nummer 11730 nicht berechnungsfähig.</i>	48,98 €
11730	Exogene Gifte, je GC-Untersuchung (Chromatogramm) Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse; Serum oder Plasma, Urin, Mageninhalt (z.B. Erbrochenes, Abgesaugtes), Speichel; Gaschromatographie (GC); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die untersuchte (toxikologische) Substanz bzw. die untersuchte(n) Stoffgruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11730 ist neben der Leistung nach Nummer 11729 nicht berechnungsfähig.</i>	35,91 €
11731	Exogene Gifte, je HPLC-Untersuchung (Chromatogramm) Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse; Serum oder Plasma, Urin, Mageninhalt (z.B. Erbrochenes, Abgesaugtes), Speichel; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die untersuchte (toxikologische) Substanz bzw. die untersuchte(n) Stoffgruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11731 ist neben den Leistungen nach Nummer 11732 nicht berechnungsfähig.</i>	38,32 €
11732	Exogene Gifte, je LC-MS-Untersuchung (Spektrum) General-unknown-Screening oder Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse; Serum oder Plasma, Urin, Mageninhalt (z.B. Erbrochenes, Abgesaugtes), Speichel; (Hochdruck-)Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. [HP]LC-MS, [HP]LC-MS/MS, HPLC-MS-TOF); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das Untersuchungsziel (General-unknown-Screening oder Bestätigungsanalyse/Ergänzungsanalyse) ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11732 ist neben der Leistung nach Nummer 11731 nicht berechnungsfähig.</i>	72,03 €
11733	Methanol, gaschromatographisch Vollblut, Urin; Headspace-Gaschromatographie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,55 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11734	Salicylsäure Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (Analyt-Farbkomplex [Trinder-Reaktion]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,69 €

Vertraulich

4. Ausscheidungen (Stuhl, Urin)**12.03.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11741	Albumin (Mikroalbuminurie) Urin; vorgefertigter Reagenzträger, ggf. einschließlich Kratininfeld; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11741 ist neben der Leistung nach Nummer 12651 nicht berechnungsfähig.</i>	2,31 €
11742	Albumin (Stuhl), quantitativ Abklärung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ, visuell-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11742 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11743 oder 11746 nicht berechnungsfähig.</i>	15,35 €
11743	Calprotectin (Stuhl), quantitativ Abklärung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11743 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742 oder 11746 nicht berechnungsfähig.</i>	29,03 €
11744	Cystin (Urin), quantitativ Cystinsteinleiden (z.B. Diagnostik, Metaphylaxe); 24-Std.-Sammelurin; z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC), Ionenaustauschchromatographie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,46 €
11745	Fettausscheidung (Stuhl), quantitativ Abklärung Malabsorption; 24-Std.-Sammelstuhl, einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Homogenisierung, Verseifung, Extraktion); z.B. Titrimetrie (z.B. pH-Meter), Near-Infrared-Reflectance-Analysis (NIRA), Nuclear-Magnetic-Resonance-Spectrometry (NMR); Auswertung: quantitativ (testspezifischer Rechenalgorithmus). <i>Die Leistung nach Nummer 11745 ist in Abhängigkeit von der Anzahl an 24-Std.-Sammelstühlen bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	29,03 €
11746	Laktoferrin (Stuhl), quantitativ Abklärung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11746 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742 oder 11743 nicht berechnungsfähig.</i>	26,76 €
11747	Stuhltest, immunologisch qualitativ Screening auf kolorektales Karzinom; z.B. iFOBT (immunologischer Faeces-basierter okkultter Bluttest), FIT (Faeces-basierter immunologischer Test); Messgröße: z.B. Globinanteil im Hämoglobin; immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ, apparativ-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11747 ist neben der Leistung nach Nummer 111 oder 11748 nicht berechnungsfähig.</i>	5,96 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11748	Stuhltest, immunologisch quantitativ Screening auf kolorektales Karzinom; z.B. iFOBT (immunologischer Faeces-basierter okkultter Bluttest), FIT (Faeces-basierter immunologischer Test); Messgröße: z.B. Globinanteil im Hämoglobin; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: quantitativ-testspezifisch (z.B. mg/g Stuhl). <i>Die Leistung nach Nummer 11748 ist neben der Leistung nach Nummer 111 oder 11747 nicht berechnungsfähig.</i>	8,95 €
11749	Urinsediment Urin, einschließlich Zentrifugation; Sediment-Gesichtsfeld-Methode: z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11749 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11037 oder 11750 nicht berechnungsfähig.</i>	3,96 €
11750	Urinsediment, einschließlich Erythrozytenmorphologie Urin, einschließlich Zentrifugation; z.B. Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Farbstoff-beschichteter Objektträger; Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11750 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11037 oder 11749 nicht berechnungsfähig.</i>	4,86 €
11751	Urin-Teststreifen, je Urinprobe Urin; z.B. Einzelreagenzträger, Mehrfachreagenzträger; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ, ggf. simultan. <i>Die Leistung nach Nummer 11751 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11029 oder 11030 nicht berechnungsfähig.</i>	1,88 €
11752	Zellzählung (Addis-Count) Urin (z.B. Urin-Zeit-Volumen [z.B. 3 Std.], Spontanurin), ggf. einschließlich Anreicherung; Zählkammer (z.B. Fuchs-Rosenthal), Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: quantitativ (z.B. Erythrozyten- und/oder Leukozytenausscheidung/min, Erythrozyten- und/oder Leukozytenzahl/ μ l).	6,42 €

5. Blutgruppen-, HLA-System**12.03.05****Allgemeine Bestimmungen**

Der Mindestumfang der jeweiligen Untersuchung pro Patient richtet sich nach den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer gemäß Transfusionsgesetz (TFG), Transplantationsgesetz (TPG) und Arzneimittelgesetz (AMG).

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11761	AB/D-Merkmale, insgesamt z.B. Blutgruppenüberprüfung (z.B. laborseitige Identitätssicherung [Empfängerblut]); Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11761 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (Bedside-Test) nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11761 ist neben der Leistung nach den Nummern 11762, 11763, 11764 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	7,64 €
11762	AB0-Merkmale, insgesamt z.B. Blutgruppenüberprüfung (z.B. Neugeborene, Säuglinge); Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11762 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (Bedside-Test) nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11762 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11763, 11764, 11775 oder 11804 nicht berechnungsfähig.</i>	6,12 €
11763	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D, insgesamt Serum oder Plasma, Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Test-Erythrozyten, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11763 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11762, 11764, 11775 oder 11794 nicht berechnungsfähig.</i>	16,05 €
11764	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e), insgesamt z.B. Mädchen, gebärfähige Frauen; Serum oder Plasma, Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Test-Erythrozyten, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11764 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11762, 11763, 11794 oder 11798 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11764 ist neben der Leistung nach Nummer 11775 nicht berechnungsfähig, soweit sie in der Leistung nach Nummer 11775 enthalten ist.</i>	29,43 €
11765	Antikörperdifferenzierung (AHG), je Test-Erythrozyten-Präparation z.B. Serum oder Plasma, Eluat; mehrere Test-Erythrozyten-Präparationen (Antigenpanels), Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Röhrchen-Test, Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z. B Mikrotiterplatte), indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11765 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Antikörpersuchtest nach den Nummern 11769 oder 11771.</i>	5,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11766	Antikörperdifferenzierung, je Test-Erythrozyten-Präparation und Milieu z.B. Serum oder Plasma, Eluat; mehrere Test-Erythrozyten-Präparationen (Antigenpanels), Agglutinationsverfahren (z.B. Röhrchen-Test, Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); z.B. NaCl-Milieu, Enzymmilieu; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11766 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Antikörpersuchtest nach den Nummern 11768 oder 11770.</i>	5,43 €
11767	Antikörperklasse, je Antikörperklasse/-subklasse z.B. Serum oder Plasma, Eluat; monovalentes Antihumanglobulin-(AHG-)Reagenz (z.B. Anti-IgG), Test-Erythrozyten, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte), direkter, indirekter AHG-Test (Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11767 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11765 oder 11778.</i>	5,03 €
11768	Antikörpersuchtest, (2er), insgesamt je Milieu Serum oder Plasma; zwei verschiedene Test-Erythrozyten-Präparationen (zwei Testzellpanels), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); z.B. NaCl-Milieu, Enzymmilieu; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11768 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11770 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	5,95 €
11769	Antikörpersuchtest, (2er, AHG), insgesamt Serum oder Plasma; zwei verschiedene Test-Erythrozyten-Präparationen (zwei Testzellpanels), Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test); Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte), indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11769 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11771 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	8,29 €
11770	Antikörpersuchtest, (3er), insgesamt je Milieu Serum oder Plasma; mindestens drei verschiedene Test-Erythrozyten-Präparationen (drei Testzellpanels), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); z.B. NaCl-Milieu, Enzymmilieu; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11770 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11768 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	7,84 €
11771	Antikörpersuchtest, (3er, AHG), insgesamt Serum oder Plasma; mindestens drei verschiedene Test-Erythrozyten-Präparationen (drei Testzellpanels), Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte), indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11771 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11769 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	10,68 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11772	Antikörper-Titerbestimmung, je Antikörper und Inkubationsbedingung z.B. Kälteagglutinintiter, Hämolysintiter, Antihumanglobulin-(AHG-)Titer (z.B. im direkten AHG-Test); z.B. Serum oder Plasma; mindestens vier Titerstufen (z.B. Serum, AHG), Inkubationsbedingung (z.B. Temperatur, Komplement, Ansäuerung); Test-Erythrozyten; z.B. Kälteagglutininintest, Hämolysetest, direkter AHG-Test; Auswertung: visuell-quantitativ (Endtiter). <i>Die Leistung nach Nummer 11772 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11768, 11769, 11770 oder 11771.</i>	10,28 €
11773	Antikörpertitration, je Antikörper z.B. Anti-D-Antikörper bei Schwangeren oder Gebärfähigen; Serum oder Plasma, geometrische Verdünnungsreihe, ggf. Antihumanglobulin (AHG); Test-Erythrozyten, Agglutinationsverfahren (z.B. Röhrchen-Test, Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte), ggf. indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: visuell-quantitativ (Endtiter). <i>Die Leistung nach Nummer 11773 ist nur berechnungsfähig bei bereits nach den Nummern 11765 oder 11766 differenzierten (identifizierten) irregulären Alloantikörpern.</i>	31,14 €
11774	Antikörper- und Blutgruppenuntersuchungen, aufwendige Spezialverfahren, je Verfahren insgesamt z.B. Antikörper-Elution, Antikörper -Adsorption, Neutralisationstest, Enzymspezialtests, Polyagglutinabilität-Differenzierung, Hämolysentests (z.B. auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test, medikamentenabhängige Hämolysine). <i>Die Art des Verfahrens sowie das Untersuchungsziel sind in der Rechnung anzugeben.</i>	39,29 €
11775	Blutgruppenbestimmung, automatisiert, insgesamt Serum oder Plasma, Erythrozytensuspension; Gerätebeschickung (standardisiert), Immunreaktionen (obligatorisch: AB0-Blutgruppenmerkmale, Isoagglutinine, Rhesusfaktor D, Antikörpersuchtest; fakultativ: Rhesusformel (C, c, E, e), direkter Coombs-Test); Auswertung: apparativ, einschließlich medizinisch-technische Plausibilitätskontrolle und ärztliche Befundung. <i>Die Leistung nach Nummer 11775 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11763, 11764, 11768, 11769, 11770, 11771 oder 11794 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11775 ist neben der Leistung nach den Nummern 11778 oder 11798 nicht berechnungsfähig, soweit sie die Leistungen nach den Nummern 11778 und/oder 11798 enthält.</i>	12,02 €
11776	Blutgruppenmerkmale (AHG), je Merkmal Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Das/Die untersuchte(n) Blutgruppenmerkmal(e) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11776 ist nicht berechnungsfähig für die Blutgruppenmerkmale nach den Nummern 11761, 11762, 11763, 11764, 11775 oder 11798.</i>	14,92 €
11777	Blutgruppenmerkmale, je Merkmal und Milieu Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test); z.B. NaCl-Milieu; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Das/Die untersuchte(n) Blutgruppenmerkmal(e) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11777 ist nicht berechnungsfähig für die Blutgruppenmerkmale nach den Nummern 11761, 11762, 11763, 11764, 11775 oder 11798.</i>	11,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11778	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombs-Test), je AHG-Reagenz z.B. positive Eigenkontrolle, Hämolyse; Erythrozytensuspension; Anti-Humanglobulin-(AHG-)Reagenz (für Suchtest: mindestens Anti-IgG-, Anti-C3d-haltig), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11778 ist neben der Leistung nach Nummer 11775 nicht berechnungsfähig, soweit die Leistung nach Nummer 11775 diese Leistung enthält.</i>	8,71 €
11779	Granulozyten-Antikörper (Identifizierung), je Glykoprotein/Test Serum oder Plasma; Test-Granulozyten, z.B. Glykoprotein-spezifischer Enzymimmuntest (MAIGA); z.B. Medikamentenlösung/GIFT, Medikamentenlösung/GAT; Auswertung: z.B. apparativ-semiquantitativ (Spektrometrie [Extinktion. Farbumschlag], visuell-semiquantitativ (GAT: %, GIFT: Reaktionsstärke)). <i>Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11779 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	76,85 €
11780	Granulozyten-Antikörper (Suchtest), je Test z.B. Serum oder Plasma, Patientengranulozyten; Test-Granulozyten; z.B. Granulozytenaggregationstest (GAT), direkter/indirekter Granulozytenimmunfluoreszenztest (GIFT); z.B. Inversmikroskopie, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ (GAT: %, GIFT: Reaktionsstärke). <i>Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11779 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	41,50 €
11781	HLA-Antigen, Einzelnachweis, FACS z.B. krankheitsassoziierte(s) HLA-Antigen(e); Lymphozytensuspension; Test-Antiserum (Antikörper, Fluoreszenzfarbstoff-markiert), Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ (Fluoreszenzintensität). <i>Das/Die HLA-Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11781 ist bis zu viermal berechnungsfähig. Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11781 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 11781 sind die entsprechenden molekulargenetischen Bestimmungen krankheitsassoziierter HLA-Allele nach den Nummern 12242 oder 12243 nicht berechnungsfähig.</i>	27,12 €
11782	HLA-Antigen, Einzelnachweis, LCT z.B. krankheitsassoziierte(s) HLA-Antigen(e); Lymphozytensuspension; Test-Antiserum, Lymphozytotoxizitätstest (z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolymphozytotoxizitätstest]), z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Score). <i>Das/Die HLA-Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11782 ist bis zu viermal berechnungsfähig. Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11782 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11782 ist neben der Leistung nach Nummer 11783 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 11782 sind die entsprechenden molekulargenetischen Bestimmungen krankheitsassoziierter HLA-Allele nach den Nummern 12242 oder 12243 nicht berechnungsfähig.</i>	41,50 €
11783	HLA-Klasse-I-Antigen, Gesamttypisierung Lymphozytensuspension; Test-Antiserum, Lymphozytotoxizitätstest (z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolymphozytotoxizitätstest]), z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Score). <i>Die der Leistung nach Nummer 11783 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11783 ist neben der Leistung nach Nummer 11782 nicht berechnungsfähig.</i>	125,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11784	HLA-Klasse-I-Antikörper-Spezifizierung (IgA, IgG, IgM), je Immunglobulin, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Einzelantigene (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilng (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). <i>Das/Die untersuchte(n) Immunglobulin(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11784 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11786 oder 11787. Die Leistung nach Nummer 11784 ist neben der Leistung nach Nummer 11785 nicht berechnungsfähig.</i>	94,97 €
11785	HLA-Klasse-I-Antikörper-Spezifizierung, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Antigenextrakte (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilng (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). <i>Die Leistung nach Nummer 11785 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11786 oder 11787. Die Leistung nach Nummer 11785 ist neben der Leistung nach Nummer 11784 nicht berechnungsfähig.</i>	103,15 €
11786	HLA-Klasse-I-Antikörper-Suchtest, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Antigene/Antigenextrakte (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilng (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität).	58,97 €
11787	HLA-Klasse-I-Antikörper-Suchtest, zellbasiert Serum oder Plasma; Test-Lymphozyten (Panel), z.B. Lymphozytotoxizitätstest (LCT: z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolymphozytotoxizitätstest], Immunphänotypisierung; z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie, Durchflusszytometrie; Auswertung: z.B. visuell-, apparativ-testspezifisch (z.B. %-Panelreaktivität, virtuelle Panelreaktivität). <i>Die Leistung nach Nummer 11787 ist zweimal berechnungsfähig, wenn sich bei positivem Suchtest nachfolgend mit der gleichen Probe ein LCT in Dithiothreitol-(DDT-)Modifikation zum Ausschluss von zytotoxischen Antikörpern des IgM-Isotyps anschließen muss.</i>	94,97 €
11788	HLA-Klasse-II-Antikörper-Spezifizierung (IgA, IgG, IgM), je Immunglobulin, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Einzelantigene (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilng (z.B. Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). <i>Das/Die untersuchte(n) Immunglobulin(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11788 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11790 oder 11791. Die Leistung nach 11788 ist neben der Leistung nach Nummer 11789 nicht berechnungsfähig.</i>	94,97 €
11789	HLA-Klasse-II-Antikörper-Spezifizierung, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Antigenextrakte (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilng (z.B. Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). <i>Die Leistung nach Nummer 11789 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11790 oder 11791. Die Leistung nach Nummer 11789 ist neben der Leistung nach Nummer 11788 nicht berechnungsfähig.</i>	103,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11790	HLA-Klasse-II-Antikörper-Suchtest, IA Serum oder Plasma; definierte HLA-Antigene/Antigenextrakte (Panel), immobilisiert (z.B. Mikrotiterplatte, Mikro-Beads), z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Multiple-Analyte-Profilung (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität).	58,97 €
11791	HLA-Klasse-II-Antikörper-Suchtest, zellbasiert Serum oder Plasma; Test-B-Lymphozyten (Panel), z.B. Lymphozytotoxizitätstest (LCT: z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolym-phozytotoxizitätstest]), Immunphänotypisierung; z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie, Durchflusszytometrie; Auswertung: z.B. visuell-, apparativ-testspezifisch (z.B. %-Panelreaktivität, virtuelle Panelreaktivität). <i>Die Leistung nach Nummer 11791 ist zweimal berechnungsfähig, wenn sich bei positivem Suchtest nachfolgend mit der gleichen Probe ein LCT in Dithiothreitol-(DDT-)Modifikation zum Ausschluss von zytotoxischen Antikörpern des IgM-Isotyps anschließen muss.</i>	94,97 €
11792	HLA-Verträglichkeitsprüfung (Crossmatch), IA, je Spender und Empfänger-Blut Serum oder Plasma (Empfänger); Festphasen-gebundene HLA-Antigene (Spender); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch.	61,64 €
11793	HLA-Verträglichkeitsprüfung (Crossmatch), zellbasiert, je Spender und Empfänger-Blut Serum oder Plasma (Empfänger); Lymphozytensuspension (Spender); z. B. Lymphozytotoxizitäts-Test (z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolymphozytotoxizitätstest], Immunphänotypisierung; ggf. einschließlich Modifikationen [Inkubationszeit, Dithiotreitol, AHG, Farbstoff]); z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie, Durchflusszytometrie; Auswertung: z.B. visuell-, apparativ-testspezifisch. <i>Die Leistung nach Nummer 11793 ist zweimal berechnungsfähig, wenn sich bei positivem Crossmatch nachfolgend mit der gleichen Probe ein Crossmatch in Dithiothreitol-(DDT-)Modifikation zum Ausschluss von zytotoxischen Antikörpern des IgM-Isotyps anschließen muss.</i>	61,64 €
11794	Isoagglutinine, insgesamt z.B. unklare oder auffällige Vorbefunde; Serum oder Plasma; Test-Erythrozyten, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ; apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11794 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11763, 11764 oder 11775 nicht berechnungsfähig.</i>	13,23 €
11795	Isolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung z.B. Dichtegradientenzentrifugation, Magnetpartikelverfahren, Chromatografie.	22,23 €
11796	Kälteagglutininintest, je Inkubationstemperatur Serum oder Plasma; Test-Erythrozyten (z.B. adulte, Nabelschnurblut), z.B. Kälteansatz [4 °C], Wärmeansätze) Agglutinations-verfahren (z.B. Röhrchen-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die untersuchte(n) Temperatur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben Die Leistung nach Nummer 11796 ist pro Patientenprobe bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	14,98 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11797	Partial-D und/oder weak-D (AHG), insgesamt z.B. Blutspender: Erythrozytensuspension; Test-Antiseren (monoklonale), Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), indirekter AHG-Test (indirekter Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11797 ist nur berechnungsfähig bei einem fraglich positiven Rhesusfaktor D-Befund nach den Nummern 11763 oder 11764.</i>	15,58 €
11798	Rhesusformel (C, c, E und e), insgesamt z.B. unvollständige Vorbefunde; Erythrozytensuspension; Test-Antiseren, Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), Solid-Phase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11798 ist neben der Leistung nach Nummer 11764 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11798 ist neben der Leistung nach Nummer 11775 nicht berechnungsfähig, soweit die Leistung nach Nummer 11775 diese Leistung enthält.</i>	15,09 €
11799	Thrombozyten-Antikörper(-Identifizierung), je Glykoprotein/Test z.B. Serum oder Plasma, Eluat, Patiententhrombozyten; Test-Thrombozyten; z.B. direkter/indirekter Glykoprotein-spezifischer Enzymimmunttest (MAIPA), Immunpräzipitationstest, einschließlich SDS-Elektrophorese, Elektroblothing, Visualisierung der Banden; z.B. Medikamentenlösung/PIFT, Medikamentenlösung/Thrombozyten-ELISA; Auswertung: z.B. testspezifisch-apparativ, visuell (z.B. Banden, Immunfluoreszenz [Reaktionsstärke]). <i>Die Leistung nach Nummer 11799 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach Nummer 11800.</i>	76,85 €
11800	Thrombozyten-Antikörper(-Suchtest), je Test Serum oder Plasma; Test-Thrombozyten; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Thrombozyten-ELISA), Plättchenimmunfluoreszenztest (PIFT); Auswertung: z.B. testspezifisch-apparativ, visuell (Immunfluoreszenzmikroskopie).	47,77 €
11802	Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe), je Erythrozytenkonzentrat und Milieu Serum oder Plasma (Empfänger); Erythrozytensuspension (Spender-Erythrozytenkonzentrat), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test); z.B. NaCl-Milieu, Enzymmilieu, Kälteansatz; Auswertung: z.B. visuell semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11802 ist neben der Leistung nach Nummer 11803 nicht berechnungsfähig, soweit die Leistung nach Nummer 11803 diese Leistung enthält.</i>	8,03 €
11803	Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe), je Erythrozytenkonzentrat, automatisiert, insgesamt Serum oder Plasma (Empfänger), Erythrozytensuspension (Empfänger); Erythrozytensuspension (Spender-Erythrozytenkonzentrat); Gerätebeschickung (standardisiert), Immunreaktion (obligatorisch: Anti-Human-Globulin-Test, ABO-Kontrolle [Empfänger]; fakultativ: NaCl-Milieu, Enzymmilieu, Antikörpersuchtest [Empfänger]); Auswertung: apparativ, einschließlich medizinisch-technische Plausibilitätskontrolle und ärztliche Befundung. <i>Die Leistung nach Nummer 11803 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11804 oder 11805 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11803 ist neben der Leistung nach Nummer 11802 nicht berechnungsfähig, soweit sie die Leistung nach Nummer 11802 enthält.</i>	6,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11804	Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe, AHG), einschließlich AB0-Kontrolltestung, je Erythrozytenkonzentrat Serum oder Plasma (Empfänger); Erythrozytensuspension (Spender [z.B. EK-Schlauchsegment]), Antihumanglobulin (AHG), Ag-glutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), AHG-Test, AB0-(Inhalts-)Kontrolle (Erythrozytenkonzentrat [z.B. EK-Schlauchsegment]); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ; apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11804 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11803 oder 11805 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11804 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (Bedside-Test) nicht berechnungsfähig.</i>	15,92 €
11805	Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe, AHG), je Erythrozytenkonzentrat Serum oder Plasma (Empfänger); Erythrozytensuspension (Spender-Erythrozytenkonzentrat), Antihumanglobulin (AHG), Agglutinationsverfahren (z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugations-Test), AHG-Test; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). <i>Die Leistung nach Nummer 11805 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11803 oder 11804 nicht berechnungsfähig.</i>	10,74 €
11806	Verträglichkeitsprüfung, je Thrombozytenkonzentrat z.B. refraktäre Patienten; Serum oder Plasma (Empfänger); Thrombozytensuspension (Spender); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (Thrombozyten-ELISA); Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch.	40,38 €

6. Physikochemische Parameter**12.03.06**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11821	Bikarbonat Serum oder Plasma, einschließlich Alkalisierung; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11821 ist neben der Leistung nach Nummer 11026 nicht berechnungsfähig.</i>	10,80 €
11822	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) Vollblut; 1-Std.-Wert; manuell oder apparativ; Auswertung: z.B. visuell-quantitativ, apparativ-quantitativ (mm; Std.). <i>Die Leistung nach Nummer 11822 ist neben der Leistung nach Nummer 11000 nicht berechnungsfähig.</i>	2,11 €
11823	13C-Exhalationstest, je Atemprobe Atemproben; z.B. Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Art des Exhalationstests ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11823 ist pro Patient bis zu elfmal berechnungsfähig.</i>	15,76 €
11824	13C-Harnstoff-Atemtest, je Atemprobe Abklärung Helicobacter pylori-Infektion, Therapiekontrolle; Atemproben; z.B. Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11824 ist pro Patient bis zu zweimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11824 ist neben der Leistung nach Nummer 12381 nicht berechnungsfähig.</i>	16,45 €
11825	Osmolalität Serum oder Plasma, Urin; Osmometrie (z.B. Gefrierpunktserniedrigung); Auswertung: quantitativ, ggf. einschließlich Berechnung der osmotischen Lücke.	5,37 €
11826	Osmotische (Erythrozyten-)Resistenz Vollblut (antikoaguliert); NaCl-Verdünnungsreihe; z.B. Spektralphotometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (freies Hämoglobin).	25,96 €
11827	Osmotische Fragilität Abklärung hereditäre Sphärozytose; Vollblut (antikoaguliert); Zugabe von Glycerol; Spektralphotometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. kinetisch als Acidified-Glycerol-Lysis-Time [AGLT], z.B. als Endpunkt [Pink-Test]).	25,96 €
11828	Viskosität Vollblut, Plasma; Viskosimetrie (z.B. Rotationsviskosimeter, Kapillarschlauchviskosimeter); Auswertung: apparativ-quantitativ.	14,40 €
11829	Wasserstoffionenkonzentration (pH) Körperflüssigkeiten (außer Blut und Urin); Potenziometrie (pH-Meter [z.B. Einstab-Glaselektrode]); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Körperflüssigkeit ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11829 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12814 oder 12821 nicht berechnungsfähig.</i>	3,09 €

7. Funktionstests

12.03.07

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11836	ACTH-Kurz-Test Abklärung primäre Nebennierenrinden-(NNR-)Insuffizienz; Serum oder Plasma; zweimal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	20,46 €
11837	ACTH-Test (AGS) Abklärung adrenogenitales Syndrom (AGS); Serum oder Plasma; zweimal Cortisol, zweimal 17 α -Hydroxyprogesteron; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	50,64 €
11838	ACTH-Test (Ergänzungstest) Abklärung adrenogenitales Syndrom (AGS); Serum oder Plasma; zweimalige Bestimmung eines Steroidmetaboliten (z.B. Desoxycortisol, 11-Desoxycorticosteron, 17 α -Hydroxypregnenolon); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11838 ist nur berechnungsfähig, wenn in engem zeitlichen Zusammenhang die Leistung nach den Nummern 11836 und/oder 11837 erbracht wurde.</i>	65,66 €
11839	Arginin-Infusionstest Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; sechsmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11839 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapielevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapielevanten Wachstumshormonmangels.</i>	134,10 €
11840	Clonidin-Stimulations-Test Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; fünfmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11840 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis eines therapielevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) dient.</i>	111,75 €
11841	Clonidin-Suppressions-Test Abklärung Phäochromozytom; Plasma; zweimal Adrenalin/Noradrenalin und/oder Metanephrin/Normetanephrin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11841 ist nur berechnungsfähig, wenn in engem zeitlichen Zusammenhang erhöhte basale Adrenalin- und/oder Noradrenalin- und/oder Metanephrin- und/oder Normetanephrin-Spiegel im Plasma nach Nummer 12051 bereits gesichert sind.</i>	59,81 €
11842	Cortisol-Tagesprofil Abklärung Cushing-Syndrom; Serum oder Plasma, Speichel; viermal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	40,93 €
11843	CRH-Test Abklärung Funktionsachse Hypophyse-NNR (z.B. Hypophysenvorderlappen-[HVL-]Insuffizienz, NNR-Insuffizienz, Cushing-Syndrom); Serum und/oder Plasma; sechsmal ACTH, sechsmal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	205,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11844	Dexamethason-(Hemm-)Test Abklärung Hypercortisolismus; Serum oder Plasma; zweimal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Welcher Hemmtest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben (z.B. niedrig dosiert über Nacht).</i>	20,46 €
11845	Durstversuch Abklärung Wasserdurese; Serum und/oder Plasma, Urin; 2-Stufen-Test; achtmal Osmolalität (Urin); dreimal Osmolalität (Blut), dreimal Natrium (Blut); zweimal ADH (Blut); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	136,40 €
11846	D-Xylose-Test Abklärung Kohlenhydrat-Resorptionsstörung; Serum oder Plasma, Urin; dreimal D-Xylose (Blut), einmal D-Xylose (Urin); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	73,41 €
11847	Fruktose-Toleranztest Abklärung Fruktose-Malabsorption, -Stoffwechselstörung; Serum oder Plasma; fünfmal Fruktose, fünfmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	89,84 €
11848	GHRH-Test und/oder GHRH-Arginin-Test Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; achtmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11848 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapielevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapielevanten Wachstumshormonmangels.</i>	178,79 €
11849	Glukagon-Stimulations-Test Abklärung Phäochromozytom; Plasma; viermal Adrenalin/Noradrenalin und/oder Metanephrin/Normetanephrin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11849 ist nur berechnungsfähig, wenn in engem zeitlichen Zusammenhang nicht interpretierbare basale Adrenalin-/Noradrenalin- und/oder Metanephrin-/Normetanephrin-Werte im Blut bzw. im 24-Std.-Urin gemessen wurde.</i>	119,62 €
11850	Glukagon-Test und/oder Propanolol-Glukagon-Test Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; sechsmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11850 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapielevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapielevanten Wachstumshormonmangels. Neben dieser Leistung sind gelegentlich notwendige sofortige Glukosebestimmungen jeweils als Leistung nach Nummer 11065 berechnungsfähig.</i>	134,10 €
11851	Gonaden-(HMG/HCG-)Stimulations-Test Abklärung gonadaler Funktionsstatus; Serum oder Plasma; zweimal Testosteron, zweimal Östradiol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	34,84 €
11852	HCG-Test Abklärung Anorchie; Serum oder Plasma; zweimal Testosteron; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	17,38 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11853	HMG-Test Abklärung Ovar-Aplasie; Serum oder Plasma; zweimal Östradiol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	17,45 €
11854	Hungerversuch Abklärung Insulinom; Serum oder Plasma; zweimal Insulin, zweimal C-Peptid; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Neben der Leistung nach Nummer 11854 sind die notwendigen fortlaufenden kurzfristigen Glukosebestimmungen jeweils als Leistung nach Nummer 11065 berechnungsfähig.</i>	66,18 €
11855	Insulin-Hypoglykämie-(IHT-)Test Abklärung Wachstumshormonmangel und/oder ACTH-Cortisol-Funktionsachse; Serum und/oder Plasma; achtmal Wachstumshormon (GH), achtmal ACTH, achtmal Cortisol, achtmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11855 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapierelevanten Wachstumshormonmangels dient.</i>	461,96 €
11856	Insulin-Hypoglykämie-Test (GH) Abklärung kindlicher Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; achtmal Wachstumshormon (GH), achtmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11856 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis eines therapierelevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) dient.</i>	187,42 €
11857	Kochsalz-Infusions-Test Abklärung Wasserdiurese; Serum und/oder Plasma; fünfmal ADH, fünfmal Osmolalität, fünfmal Natrium; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 11857 ist nur berechnungsfähig, wenn die Durchführung eines Durstversuches nach Nummer 11845 nicht möglich ist oder kein aussagekräftiges Ergebnis erbracht hat.</i>	169,53 €
11858	Kombinierter (Releasinghormon-)Hypophysenstimulations-Test Globale Abklärung Funktionsachse Hypothalamus-Hypophyse-periphere Drüsen; Serum und/oder Plasma; fünfmal ACTH, fünfmal Cortisol, viermal Wachstumshormon (GH), dreimal LH, dreimal FSH, zweimal Prolaktin, zweimal TSH; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	351,78 €
11859	Laktat-(Greif-)Test Abklärung metabolische Myopathien; Plasma; fünfmal Laktat, fünfmal Ammoniak; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	110,18 €
11860	Laktose-Toleranztest Abklärung Laktasemangel; Serum oder Plasma; fünfmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	5,39 €
11861	LHRH-(GnRH-)Test Abklärung Hypogonadismus (Hoden/Ovar); Serum oder Plasma; zweimal LH, zweimal FSH; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	35,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11862	MEGX-Test Abklärung Leberfunktion (z.B. im Rahmen einer Lebertransplantation); Serum oder Plasma; zweimal Monoethylglycinoxylidid (MEGX); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	40,29 €
11863	Metoclopramid-Test Abklärung funktionelle Hyperprolaktinämie; Serum oder Plasma; zweimal Prolaktin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	19,80 €
11864	Metopiron-Test Abklärung Funktionsachse Hypothalamus-Hypophyse-NNR; Serum und/oder Plasma; zweimal ACTH, zweimal Cortisol, zweimal 11-Desoxycortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	134,30 €
11865	Pentagastrin-Test und/oder Kalzium-Infusions-Test Abklärung medulläres Schilddrüsenkarzinom bzw. postoperative Nachsorge; Serum oder Plasma; fünfmal Calcitonin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	124,67 €
11866	Renin-Aldosteron-Stimulations-Test Abklärung Hyperaldosteronismus; Serum und/oder Plasma; zweimal Aldosteron, zweimal Renin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Welcher Stimulationstest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben. (z.B. Orthostase-Test, Furosemid-Test).</i>	121,58 €
11867	Renin-Aldosteron-Suppressions-Test Abklärung Hyperaldosteronismus; Serum und/oder Plasma; zweimal Aldosteron, zweimal Renin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. <i>Welcher Suppressionstest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben. (z.B. NaCl-Infusions-Test, Fludrocortison-Suppressions-Test, Captopril-Suppressions-Test).</i>	121,58 €
11868	Seitengetrennte Aldosteron-/Cortisol-Bestimmung (Nebennierenvenen-Katheterisierung) Lokalisation NNR-Adenom (Aldosteronom); Serum oder Plasma; zweimal Aldosteron, dreimal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	73,06 €
11869	Seitengetrennte Renin-Bestimmung (Nierenvenen-Katheterisierung) Abklärung renovaskuläre Hypertonie (Nierenarterienstenose); Plasma; dreimal Renin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	118,83 €
11870	Sekretin-Pankreozymin-(Caerulein-)Test Abklärung exokrine Pankreasinsuffizienz; Duodenalsaft; dreimal Amylase, dreimal Lipase, dreimal Bikarbonat; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	45,59 €
11871	Sekretin-Test Abklärung Gastrinom; Serum oder Plasma; zweimal Gastrin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	31,78 €
11872	TRH-Test Abklärung Schilddrüsenfunktion; Serum oder Plasma; zweimal TSH; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	18,24 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11873	TRH-Test (GH) Abklärung Akromegalie; Serum oder Plasma; zweimal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	44,70 €
11874	Wachstumshormon-(GH)Nachtprofil Abklärung relativer Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; achtzehnmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	402,29 €
11875	Wachstumshormon-(GH)Suppressions-Test Abklärung Akromegalie; Serum oder Plasma; sechsmal Wachstumshormon (GH), zweimal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	136,25 €

8. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem**12.03.08****Allgemeine Bestimmungen**

Werden bezüglich der gleichen Patientenprobe mehr als fünf Leistungen des Abschnitts M III.08 parallel berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11891	Aktivierte Protein C-(APC-)Resistenz, Aktivität Screening auf Faktor V-Leiden; Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ (Ratio).	21,41 €
11892	Anti-Faktor-IIa-Aktivitätstest (alla-Test) Therapiemonitoring direkter Thrombininhibitoren (DTI); Citratplasma; z.B. Ecarin-Clotting-Time (ECT), Ecarin-Chromogenic-Assay (ECA), Diluted-Thrombin-Time (dTT), chromogener alla-Test; Auswertung: apparativ-quantitativ (DTI-spezifische Kalibration). <i>Der untersuchte Thrombininhibitor ist in der Rechnung anzugeben.</i>	27,08 €
11893	Anti-Faktor-Xa-Aktivitätstest (aXa-Test) Therapiemonitoring (z.B. Heparin [NMH, UFH], direkte Faktor-Xa-Inhibitoren [DXI]); Citratplasma; z.B. Einstufentest, Zweistufentest, chromogenes selektives F-Xa-Substrat; Auswertung: apparativ-quantitativ (Heparin- bzw. DXI-spezifische Kalibration). <i>Der untersuchte Faktor-Xa-Inhibitor ist in der Rechnung anzugeben.</i>	23,48 €
11894	Antithrombin (AT III), Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	5,91 €
11895	Antithrombin (AT III), Konzentration Citratplasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Peakhöhe, Extinktion). <i>Die Leistung nach Nummer 11895 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11894 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigte.</i>	14,44 €
11896	Blutungszeit Test am Patienten; standardisierte Hautinzision, Messung der Zeit (Stoppuhr) bis zur spontanen Blutstillung; Auswertung: quantitativ.	8,01 €
11897	C1-Esteraseinhibitor (C1-INH), Aktivität Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11898	C1-Esteraseinhibitor (C1-INH), Konzentration Citratplasma oder Serum; z.B. radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	30,72 €
11899	D-Dimere (D-Dimer-Antigen) Citratplasma; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11899 ist neben der Leistung nach Nummer 11003 nicht berechnungsfähig.</i>	21,34 €
11900	Fibrin(ogen)spaltprodukte (FSP) Citratplasma oder Serum, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (z.B. EIA für Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11900 ist neben der Leistung nach Nummer 11901 nicht berechnungsfähig.</i>	18,04 €
11901	Fibrin(ogen)spaltprodukte (FSP), AT Citratplasma oder Serum; Latex-Agglutination; Auswertung: visuell-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11901 ist neben der Leistung nach Nummer 11900 nicht berechnungsfähig.</i>	15,67 €
11902	Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), Aktivität Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11902 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11903 oder 11904 nicht berechnungsfähig.</i>	21,66 €
11903	Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), AT Citratplasma; Agglutination (Präzipitation); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11903 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11902 oder 11904 nicht berechnungsfähig.</i>	14,36 €
11904	Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), Konzentration Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11904 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11902 oder 11903 nicht berechnungsfähig.</i>	21,93 €
11905	Fibrinogen, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (Turbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11905 ist neben der Leistung nach Nummer 11103 nicht berechnungsfähig.</i>	4,60 €
11906	Fibrinogen, Konzentration Abklärung Dysfibrinogenämie; Citratplasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusi; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	18,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11907	Gerinnungsfaktor (II, V, VII, X), je Faktor, Konzentration Citratplasma oder Serum; z.B. Laurell-Elektrophorese, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Peakhöhe, Extinktion). <i>Der/Die untersuchte(n) Gerinnungsfaktor(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11907 ist für jeden der genannten Faktoren nur berechnungsfähig, wenn die Leistungen nach den Nummern 11909, 11911, 11912 oder 11914 vorausgehend für den entsprechenden Faktor ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigten.</i>	47,82 €
11908	Gerinnungsfaktor (VIII:Ag, IX, XI, XII, Präkallikrein [PK], Hochmolekulares Kininogen [HK]), je Faktor, Konzentration Citratplasma; z.B. Laurell-Elektrophorese, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Peakhöhe, Extinktion). <i>Der/Die untersuchte(n) Gerinnungsfaktor(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11908 ist für jeden der genannten Faktoren nur berechnungsfähig, wenn die Leistungen nach den Nummern 11910, 11913, 11915, 11916, 11924 oder 11943 vorausgehend für den entsprechenden Faktor ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigten.</i>	45,48 €
11909	Gerinnungsfaktor II, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,35 €
11910	Gerinnungsfaktor IX, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,50 €
11911	Gerinnungsfaktor V, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,23 €
11912	Gerinnungsfaktor VII, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,08 €
11913	Gerinnungsfaktor VIII:C, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,54 €
11914	Gerinnungsfaktor X, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,35 €
11915	Gerinnungsfaktor XI, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11916	Gerinnungsfaktor XII, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,91 €
11917	Gerinnungsfaktor XIII, Aktivität Citratplasma; Photometrie (Reaktionsprodukt [z.B. kinetischer UV-Test]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,87 €
11918	Gerinnungsfaktor XIII, Konzentration Citratplasma oder Serum; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe). <i>Die Leistung nach Nummer 11918 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11917 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigte.</i>	28,22 €
11919	Gesamtkomplement AP50 (alternativer Weg) Serum, ggf. einschließlich Verdünnungsreihe; Antikörper-beladene Kaninchenerythrozyten (Hämolysenachweis), Komplement-Aktivierungs-Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (methodenspezifisch).	27,85 €
11920	Gesamtkomplement CH50 (klassischer Weg) Serum, ggf. einschließlich Verdünnungsreihe; Antikörper-beladene Schafserythrozyten (Hämolysenachweis); Liposom-basierter Nachweis (Spektralphotometrie); Komplement-Aktivierungs-Immunoassay (z.B. ELISA, RID); Auswertung: apparativ-quantitativ (methodenspezifisch).	25,96 €
11921	Heparinkofaktor II (Antithrombin-Aktivität) Citratplasma; Thrombin zum Testansatz, Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ (Heparinkofaktorkonzentration [µmol/l]).	27,92 €
11922	HIT-Antikörper, Aktivität Serum; Test-Thrombozyten, z.B. Heparin-induzierter Plättchen-Aktivierungstest (HIPA-Test); Auswertung: visuell (Thrombozytenaktivierung, Mikrotiterplatte).	52,14 €
11923	HIT-Antikörper, Antigentest Serum; z.B. Mikrosäulen-Gelzentrifugationstest (PF4-Heparin-Komplexen beladene Beads), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (z.B. Heparin/PF4-ELISA); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ quantitativ (relative Einheiten).	61,07 €
11924	Hochmolekulares Kininogen (HK), Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,08 €
11925	In-vitro-Blutungszeit (Platelet-Function-Analyzer; PFA), je Messzelle (Cartridge) Citrat-Vollblut; Platelet-Function-Analyzer (PFA-100/200), Cartridge (z.B. COL/EPI, COL/ADP); Auswertung: apparativ-quantitativ (Verschlusszeiten).	33,33 €
11926	(Komplement-)Faktor B (C3-Aktivator, C3PA) Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	22,63 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11927	Komplementfaktor C1q Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	22,63 €
11928	Komplementfaktor C2 Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion; Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,63 €
11929	Komplementfaktor C3/C3c Serum oder Plasma, Ejakulat; z.B. radiale Immundiffusion; Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	11,57 €
11930	Komplementfaktor C4 Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	11,57 €
11931	Lupusantikoagulanzen (Screening), insgesamt Citratplasma; mindestens zwei funktionelle Tests (Lupus-sensitive aPTT und/oder dRVVT und/oder KCT), ggf. einschließlich Bestätigungstest (z. B. Zugabe von Phospholipiden); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv, ggf. einschließlich normalisierte LA-Ratio.	20,09 €
11932	Mannose-bindendes Lektin (MBL) Abklärung Infektanfälligkeit; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	22,63 €
11933	Plasmatauschversuch, qualitativ, insgesamt Nachweis direkter und progressiver Inhibitoren (Hemmkörper); Citratplasma; Plättchen-freies Standard-Human-Plasma, ggf. mehrere Mischungsverhältnisse, Aktivitätsmessung (z.B. PTT, lupussensitive aPTT, dRVVT, KCT) sofort und/oder nach Inkubation (z.B. eine Std.); Auswertung: apparativ-deskriptiv (z.B. hinweisend auf Inhibitor [z.B. Lupusantikoagulans]).	26,51 €
11934	Plasmatauschversuch, quantitativ, insgesamt Citratplasma; Standard-Human-Plasma, Bethesda-Test bzw. Modifikationen (Aktivitätsmessung, z.B. PTT); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv (Inhibitorkonzentration [Bethesda-Einheit]). <i>Die Leistung nach Nummer 11934 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11933 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches Ergebnis zeigte oder wenn der Inhibitor (z.B. Faktor VIII-Hemmkörper) aus Vorbefunden bereits bekannt ist.</i>	53,02 €
11935	Plasmininhibitor (Alpha-2-Antiplasmin), Aktivität Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,66 €
11936	Plasmininhibitor (Alpha-2-Antiplasmin), Konzentration Citratplasma; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11936 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11935 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigte.</i>	30,06 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11937	Plasminogen, Aktivität Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	17,00 €
11938	Plasminogen, Konzentration Citratplasma oder Serum; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe, Radius). <i>Die Leistung nach Nummer 11938 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11937 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigte.</i>	30,89 €
11939	Plasminogenaktivator (t-PA), Aktivität Citratplasma; z.B. Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,37 €
11940	Plasminogenaktivator (t-PA), Konzentration Citratplasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe).	28,50 €
11941	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI-1), Aktivität Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,84 €
11942	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI-1), Konzentration Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,11 €
11943	Präkallikrein (PK), Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,08 €
11944	Properdin (Faktor P) Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	12,06 €
11945	Protein C, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	30,68 €
11946	Protein C, Konzentration Citratplasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe). <i>Die Leistung nach Nummer 11946 ist nur berechnungsfähig, wenn die Leistung nach Nummer 11945 vorausgehend aus der gleichen Patientenprobe ein pathologisches bzw. unplausibles Ergebnis zeigte.</i>	44,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11947	Protein S (gesamtes, freies), Konzentration, je Entität Citratplasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; ggf. einschließlich PEG-Fällung; Auswertung: apparativ-quantitativ.	58,30 €
11948	Protein S, Aktivität Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	38,50 €
11949	Prothrombinfragment 1+2 (F1+2) Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,84 €
11950	Reptilasezeit (Batroxobinzeit) Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	6,18 €
11951	Ristocetin-induzierte Plättchenagglutination (RIPA-Test), insgesamt Abklärung von-Willebrand-Erkrankung, Thrombozytopathie; Citratplasma, einschließlich Probenaufbereitung (Plättchenanreicherung); Ristocetinreagenz, mindestens drei Konzentrationen; Aggregometrie (Turbidimetrie); Auswertung: apparativ-testspezifisch (z.B. vermindert, normal, gesteigert). <i>Die Leistung nach Nummer 11951 ist neben der Leistung nach Nummer 11955 nicht berechnungsfähig.</i>	42,27 €
11952	Ristocetin-Kofaktor (vWF:RCO) Citratplasma; z.B. Agglutinationsmessung (z.B. visuell, turbidimetrisch [z.B. GPIIb-beladene Thrombozyten, Mikropartikel-fixierte rGPIIb-Fragmente]), Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-quantitativ (z.B. IU/ml, % der Norm).	19,49 €
11953	Thrombelastographie z.B. Citrat-Vollblut; Rekalkifizierung, z.B. TEG®-System, ROTEM®-System; Auswertung: apparativ-quantitativ (r-Zeit, k-Zeit, Maximalamplitude, Lyse-Index).	20,99 €
11954	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT) Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,25 €
11955	Thrombozytenaggregationstest Citratplasma, einschließlich Probenaufbereitung (Plättchenanreicherung) oder Citrat-Vollblut; mindestens drei Stimulatoren (z.B. ADP, Kollagen, Adrenalin, Ristocetin), z.B. Lichttransmissionsaggregometrie, Impedanzaggregometrie, ggf. einschließlich Lumineszenzdetektion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Lag-Phase, Slope, Maximum als % der Norm). <i>Die Leistung nach Nummer 11955 ist neben der Leistung nach Nummer 11951 nicht berechnungsfähig.</i>	42,26 €
11956	Von-Willebrand-Faktor-Antigen (vWF:Ag) Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. IU/ml, % der Norm).	39,23 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11957	Von-Willebrand-Faktor-Kollagen-Bindungsaktivität (vWF:CB) Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (z.B. Mikrotiterplatten-ELISA); Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. IU/ml, % der Norm).	38,73 €
11958	Von-Willebrand-Faktor-Multimere Typisierung von Willebrand-Erkrankung; Citratplasma; SDS-Agarosegel-Elektrophorese, ggf. einschließlich Antigentransfer (z.B. Elektrophoretik), Antigen-(Multimere-)Detektion (Visualisierung [z.B. Farbstoff]); Auswertung: z.B. visuell, densitometrisch, Lumineszenz-Photoimager.	70,59 €
11959	Von-Willebrand-Faktor-spaltende Protease (ADAMTS-13), Aktivität Abklärung thrombotische Mikroangiopathie; Citratplasma, Serum; Substrat (z.B. vWF-Wildtyp, vWF-Fragmente); Verdünnungsreihe, Inkubation; Hydrolysemessung (z.B. residuale Kollagenbindungsaktivität, ELISA, Fluorometrie); Auswertung: % der Norm.	38,73 €
11960	Von-Willebrand-Faktor-spaltende Protease (ADAMTS-13), Antigen Abklärung thrombotische Mikroangiopathie; Citratplasma, Serum; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten, % der Norm). <i>Die Leistung nach Nummer 11960 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen pathologischen und/oder nicht plausiblen Testergebnis nach Nummer 11959.</i>	39,23 €
11961	Von-Willebrand-Faktor-spaltende Protease (ADAMTS-13), Antikörper Abklärung thrombotische Mikroangiopathie; Citratplasma, Serum; Antikörpernachweis; z.B. funktioneller Test (z.B. modifizierter Bethesda-Test), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: quantitativ-testspezifisch (z.B. Bethesda-Einheiten, U/ml).	53,02 €

9. Hormone, Hormonrezeptoren**12.03.09****Allgemeine Bestimmungen**

Die Bestimmung der in den Leistungslegenden der Abschnitte M III.09.01, M III.09.02 und M III.09.03 genannten Hormone ist grundsätzlich mit der/den in der jeweiligen Leistungslegende geforderten Methode(n) durchzuführen und abzurechnen. Wird vom Vorgehen gemäß Satz 1 abgewichen, bedarf dies einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

9.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay**12.03.09.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11981	Adiponektin Risikoabklärung bei Adipositas für Typ-2-Diabetes, KHK; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,74 €
11982	Adrenalin und/oder Noradrenalin, IA Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,46 €
11983	Adrenocorticotropes Hormon (Corticotropin, ACTH) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,08 €
11984	Aldosteron Serum oder Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Hydrolyse); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,18 €
11985	Androstandiol-Glukuronid Abklärung weiblicher Androgenhaushalt; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,70 €
11986	Androstendion Abklärung weiblicher Androgenhaushalt; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	14,89 €
11987	Anti-Müller-Hormon (AMH) Abklärung weibliche Sterilität; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,68 €
11988	Cortisol Serum oder Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion), Speichel; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	10,23 €
11989	C-Peptid Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
11990	Dehydroepiandrosteron (DHEA) Serum oder Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11990 ist neben der Leistung nach Nummer 11991 nicht berechnungsfähig.</i>	13,41 €
11991	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 11991 ist neben der Leistung nach Nummer 11990 nicht berechnungsfähig.</i>	18,29 €
11992	11-Desoxycorticosteron Abklärung AGS; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	32,82 €
11993	11-Desoxycortisol Abklärung AGS; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	32,82 €
11994	5α-Dihydrotestosteron Abklärung 5 α -Reduktase-Defizienz; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,29 €
11995	Erythropoetin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,97 €
11996	Fibroblasten-Wachstumsfaktor-23 (FGF-23) Risikoabschätzung Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,97 €
11997	Follikelstimulierendes Hormon (Follitropin, FSH) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,79 €
11998	Freies Thyroxin (fT4) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,37 €
11999	Freies Trijodthyronin (fT3) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,33 €
12000	Gastrin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,89 €
12001	Ghrelin Abklärung Prader-Willi-Syndrom; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12002	Glukagon Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	20,87 €
12003	Histamin Abklärung unklare Tryptase-Werte; Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	37,28 €
12004	Humanes Choriongonadotropin Serum oder Plasma, Liquor (Tumormarker); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,58 €
12005	17-Hydroxypregnenolon Abklärung AGS; Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	32,82 €
12006	17α-Hydroxyprogesteron Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,09 €
12007	Inhibin A Abklärung Down-Syndrom (Quadruple-Test); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,89 €
12008	Inhibin B Abklärung männlicher primärer Hypogonadismus; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,89 €
12009	Insulin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	10,15 €
12010	Leptin Abklärung Adiponektin/Leptin-Quotient; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,39 €
12011	Luteinisierendes Hormon (Lutropin, LH) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,78 €
12012	Melatonin Abklärung gestörter Wach-Schlaf-Rhythmus; Serum oder Plasma, Speichel; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,98 €
12013	Metanephrin und/oder Normetanephrin, IA Plasma, Urin, einschließlich Probenaufbereitung (Plasma: z.B. Säurefällung; Urin: z.B. saure Hydrolyse); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,46 €
12014	Östradiol (Estradiol, E2) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,72 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12015	Östriol (Estriol, E3) Abklärung Down-Syndrom (Quadrupel-Test); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,06 €
12016	Östron (Estron, E1) Abklärung weiblicher Gesamtöstrogenstatus, E2/E1-Quotient; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,75 €
12017	Oxytocin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	56,17 €
12018	Pankreatisches Polypeptid (PP) Abklärung neuroendokriner Tumor; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	44,25 €
12019	Parathormon Serum oder Plasma, ggf. mehrmals intraoperativ bei Nebenschilddrüsenoperation; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Im Rahmen einer Nebenschilddrüsenoperation ist die Leistung nach Nummer 12019 intraoperativ bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	18,67 €
12020	Parathormon-Related-Peptide (PTHrP) Abklärung Tumorhypercalciämie; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	30,65 €
12021	Plazentalaktogen (Humanes plazentares Laktogen, HPL) Abklärung Risiko-Schwangerschaft; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	16,25 €
12022	Progesteron Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	11,39 €
12023	Proinsulin Abklärung z.B. Inselzellkarzinom, fortgeschrittene Insulinresistenz; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	27,87 €
12024	Prolaktin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,90 €
12025	Renin (direkt) Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	39,61 €
12026	Serotonin, IA Abklärung unklare 5-HIES-Ausscheidung und/oder unklare Chromogranin-Werte; Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (Plättchen-reiches Plasma), Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12027	Somatoliberin (Wachstumshormon-Releasing-Faktor, GHRH) Abklärung ektopes GHRH-Syndrom; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	39,81 €
12028	Testosteron Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,69 €
12029	Thyreoida stimulierendes Hormon (Thyrotropin, TSH) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,12 €
12030	Thyroxin (T4) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,25 €
12031	Trijodthyronin (T3) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,25 €
12032	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP) Abklärung Verner-Morrison-Syndrom; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	43,14 €
12033	Vasopressin (Adiuretin, ADH) Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,05 €
12034	Wachstumshormon (Somatotropin, GH, STH) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	22,35 €

9.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC)**12.03.09.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12051	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin, HPLC Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,54 €
12052	Homovanillinsäure (HVA) und/oder Vanillinmandelsäure (VMA) Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (Vorreinigung); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	27,52 €
12053	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES) und/oder Serotonin und/oder 5-Hydroxytryptophan Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (Plättchen-reiches Plasma), Urin; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,07 €
12054	Metanephrin und/oder Normetanephrin, HPLC Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. saure Hydrolyse); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,70 €

9.3 Gaschromatographie (GC)**12.03.09.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12066	Pregnandiol Abklärung Risiko-Schwangerschaft; Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,91 €
12067	Pregnantriol Abklärung AGS; Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,91 €
12068	Steroidprofil, je Chromatogramm Abklärung gestörte Geschlechtsentwicklung; Serum oder Plasma, Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ.	35,91 €

9.4 Methoden, sonstige**12.03.09.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12075	Hormonspektrum I, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Urin; einzelne Messgröße oder Profil; (Hochdruck-)Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. [HP]LC-MS, [HP]LC-MS/MS, HPLC-MS-TOF); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Hormon(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Neben dem Nachweis von Hormonen nach Nummer 12075 sind die gleichen Hormone als jeweilige Leistung der Abschnitte M III.09.01, M III.09.02 oder M III.09.03 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12075 ist neben der Leistung nach Nummer 12076 nicht berechnungsfähig.</i>	72,03 €
12076	Hormonspektrum II, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Urin; einzelne Messgröße oder Profil; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Hormon(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Neben dem Nachweis von Hormonen nach Nummer 12076 sind die gleichen Hormone als jeweilige Leistung der Abschnitte M III.09.01, M III.09.02 oder M III.09.03 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12076 ist neben der Leistung nach Nummer 12075 nicht berechnungsfähig.</i>	48,98 €
12077	Steroidhormonrezeptor Gewebe, einschließlich Probenaufbereitung (Zellüberstand), ggf. einschließlich Dichtegradientenultrazentrifugation; chemischer Rezeptornachweis (z.B. radioaktiv markierter Tracer, Enzym-markierter Rezeptorantikörper); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Der Hormonrezeptor ist in der Rechnung anzugeben.</i>	82,96 €

10. Kohlenhydrate, Lipide**12.03.10**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12085	Apolipoprotein A1 (Apo-AI) Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,50 €
12086	Apolipoprotein A2 (Apo-AII) Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,50 €
12087	Apolipoprotein B (Apo-B) Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,50 €
12088	Apolipoprotein E (Apo-E) Abklärung Typ-III-Hyperlipoproteinämie; Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,50 €
12089	D-Xylose Serum oder Plasma, Urin; z.B. Photometrie (z.B. Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,35 €
12090	Fettsäuren-Differenzierung, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Erythrozyten, Stuhl; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die untersuchten Fettsäuren sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12090 ist neben der Leistung nach Nummer 12715 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	48,98 €
12091	Fruktose Plasma oder Serum, Vollblut, Urin, Ejakulat; z.B. Photometrie (z.B. Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	16,89 €
12092	Galaktose Abklärung bzw. Verlauf Galaktosämie; Plasma oder Serum, Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	16,89 €
12093	Glykierte Proteine (Fructosamin) Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	14,77 €
12094	Lipidelektrophorese, qualitativ Serum; Elektrophorese (z.B. Agarosegel, Zelluloseazetatfolie), Färbung (z.B. Sudan-Schwarz); Auswertung: visuell-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12094 ist neben der Leistung nach Nummer 12095 nicht berechnungsfähig.</i>	16,42 €
12095	Lipidelektrophorese, quantitativ Serum; Agarosegel-Elektrophorese, Detektion (z.B. Polyanionenpräzipitation, enzymatische Farbreaktion); Auswertung: quantitativ (Densitometrie). <i>Die Leistung nach Nummer 12095 ist neben der Leistung nach Nummer 12094 nicht berechnungsfähig.</i>	29,66 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12096	Lipoprotein(a) Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	12,68 €
12097	Lipoproteine-Fraktionierung, insgesamt Serum; Dichtegradienten-Ultrazentrifugation sequenziell; Fraktionierung präparativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12097 ist nur berechnungsfähig bei bereits gesicherter Fettstoffwechselstörung.</i>	51,67 €
12098	Malondialdehyd (MDA) Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	30,83 €

11. Körperzellen, Zell-Bestandteile, Zellfunktionen**12.03.11**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12111	Blutausstrich (Differenzialblutbild) Vollblut (antikoaguliert); panoptische Färbung (z.B. Pappenheim), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. Leukozytenverteilung quantitativ, Erythrozytenmorphologie deskriptiv.	7,68 €
12112	Blutausstrich oder Knochenmarkausstrich, Eisenfärbung oder Vitalfärbung, je Probenmaterial und Färbung Vollblut (antikoaguliert), Knochenmarkaspirat; Färbung (z.B. Berliner-Blau-Reaktion, Brillantkresylblau), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. deskriptiv, Retikulozytenzählung.	13,24 €
12113	Blutausstrich oder Knochenmarkausstrich, Spezialfärbungen, je Färbung Vollblut (antikoaguliert), Knochenmarkaspirat; Spezialfärbung zytochemisch (z.B. unspezifische Esterase, Peroxidase), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ-deskriptiv. <i>Die Färbung(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	16,68 €
12114	Eosin-5-Maleimid-Bindungstest (EMA-Test) Abklärung hereditäre Sphärozytose; Vollblut (antikoaguliert); Zugabe von Eosin-5-Maleimid; Durchflusstyometrie; Auswertung: mittlere Fluoreszenz-Intensität (MFI).	27,12 €
12115	Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest und Stimulator Granulozytensuspension oder Vollblut; Stimulatoren (z.B. bakterielles Peptid), Inkubation; z.B. Spontanbeweglichkeit/Chemotaxis (z.B. Boyden-Kammer, Agar-Migrationstest), Phagozytose-Test (z.B. FITC-markierte Bakterien), Phagozytose-Abtötungstest (z.B. radioaktiv markierte Bakterien), Sauerstoffradikalbildung (z.B. Cytochrom c-Assay), Basophilen-Degranulationstest (Allergen-induzierte Freisetzungstests [z.B. Histamin, Leukotrien]), Basophilen-Aktivierungstest (Zelloberflächenmarker); Auswertung: methodenspezifisch-semiquantitativ (z.B. Mikroskopie, Radioaktivitätsmessung [Beta-Counter], ELISA, Durchflussszytometrie). <i>Der/Die Stimulator(en) und Funktionstest(s) sind in der Rechnung anzugeben. Die der Leistung nach Nummer 12115 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	35,97 €
12116	Hämoglobin, fetales (HbF), Blutausstrich Mütterliches Blut; Äthanol-fixierter Blutausstrich, Säureelution, Hämatoxylin-Erythrosin-Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: quantitativ (%-Anteil HbF-haltiger Erythrozyten).	15,12 €
12117	Hämoglobin, freies Plasma; Spektralphotometrie (z.B. bei drei Wellenlängen); Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,11 €
12118	Hämoglobin-Differenzierung (-Varianten) Vollblut-Hämolysat; z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC), Kapillarelektrophorese; Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12118 ist neben der Leistung nach Nummer 12119 nicht berechnungsfähig.</i>	19,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12119	Hämoglobin-Elektrophorese Vollblut-Hämolysat; z.B. Mikrozonenelektrophorese (alkalisches Milieu) und/oder Agarosegel-Elektrophorese (saures Milieu), Färbung; Auswertung: z.B. visuell-deskriptiv, apparativ-quantitativ (Densitometer). <i>Die Leistung nach Nummer 12119 ist neben der Leistung nach Nummer 12118 nicht berechnungsfähig.</i>	31,88 €
12120	Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA), insgesamt Vollblut oder Lymphozytensuspension; Stimulatoren (z.B. Antigene, Antigengemische, Inkubation, Interferon-Gamma-Bestimmung (Signal-[Tracer-]verstärkter Immunoassay); Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ, visuelle Spot-Quantifizierung (Mikrotiterplatte). <i>Das/Die Antigen(e)/Antigengemisch(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Mitzuführende Kontrollen und ggf. erforderliche Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12120. Bei Lymphozytensuspension-basiertem IGRA ist die der Leistung nach Nummer 12120 vorausgehende Zellisolierung einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	58,85 €
12121	Knochenmarkausstrich Knochenmarkaspirat; panoptische Färbung (z.B. Pappenheim), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: zytologische Differenzierung deskriptiv-semiquantitativ (%-Anteile).	47,93 €
12122	Lymphozytentransformationstest/Lymphozytenproliferationstest, je Stimulator Lymphozytensuspension; Kultivierung, Stimulatoren (z.B. Mitogene [z.B. Phytohämagglutinin, Concanavalin, Pokeweed-Mitogen, IL-2], Antigene [z.B. Candida, Tetanus, diverse Virusantigene], Allergen), ggf. Marker-Zugabe (z.B. radioaktiv markiertes Thymidin, [Fluoreszenz-]Farbstoff); Auswertung: methodenspezifisch (Lymphozytentransformation: z.B. Hellfeldmikroskopie; Lymphozytenproliferation: z.B. Radioaktivitätsmessung, Fluoreszenzmessung). <i>Der/Die Stimulatoren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12122 ist pro Patientenprobe bis zu neunmal berechnungsfähig. Die der Leistung nach Nummer 12122 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	90,32 €
12123	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung Vollblut (antikoaguliert); Spektralphotometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ, ggf. simultan.	14,63 €
12124	Nitroblautetrazolium-(NBT-)Test (Granulozytenfunktionstest) Granulozytensuspension; Candida albicans (Phagozytose-Indikator), NBT-Farbstoff (Sauerstoffradikal-Indikator), Inkubation; Auswertung: Hellfeldmikroskopie (Phagozytose plus Sauerstoffradikalbildung). <i>Die der Leistung nach Nummer 12124 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	23,98 €
12125	Phänotypisierung von Zellen oder Zellrezeptoren, Lichtmikroskopie, erstes Antiserum Zellsuspension (z.B. Blutzellen, Knochenmarkzellen); erstes primäres Antiserum, Inkubation, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12125 ist einmal pro Patientenprobe berechnungsfähig. Das Antiserum ist in der Rechnung anzugeben. Die der Leistung nach Nummer 12125 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	20,50 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12126	Phänotypisierung von Zellen oder Zellrezeptoren, Lichtmikroskopie, je weiteres Antiserum Zellsuspension (z.B. Blutzellen, Knochenmarkzellen); Antiserum, Inkubation, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12126 ist nur in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 12125 berechnungsfähig (sog. Folgeansatz/Folgeansätze).</i>	15,37 €
12127	Phänotypisierung von Zellen, Zellbestandteilen oder Zellrezeptoren, Durchflusszytometrie, bis zu drei Antiseren Zellsuspension (z.B. Blutzellen, Knochenmarkzellen); erstes, zweites bzw. drittes primäres Antiserum (einfach oder mehrfach markiert), Inkubation, Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12127 ist bis zu dreimal berechnungsfähig. Die der Leistung nach Nummer 12127 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	27,12 €
12128	Phänotypisierung von Zellen, Zellbestandteilen oder Zellrezeptoren, Durchflusszytometrie, je weiteres Antiserum Zellsuspension (z.B. Blutzellen, Knochenmarkzellen); erstes, zweites bzw. drittes primäres Antiserum (einfach oder mehrfach markiert), Inkubation, Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12128 ist bis zu dreimal berechnungsfähig. Die der Leistung nach 12128 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	13,43 €
12129	T-Zell-Funktionstest, insgesamt Lymphozytensuspension, Kultivierung; z.B. T-Zell-Reaktion nach Immunisierung (Proliferationstest), Aktivität zytotoxischer T-Zellen (Chromfreisetzungsreaktion), CD4-T-Zell-Aktivitätstest (z.B. Proliferation, Zytokinproduktion); Auswertung: methodenspezifisch-semiquantitativ (z.B. Radioaktivitätsmessung, Zytokinmessung). <i>Der jeweils durchgeführte Funktionstest ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12129 ist bis zu dreimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12129 ist neben der Leistung nach Nummer 12120 nicht berechnungsfähig., soweit es sich um die gleiche Fragestellung (z.B. Tb-Diagnostik) handelt. Die der Leistung nach Nummer 12129 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	66,75 €
12130	Zellzyklusstörungen, je Erkrankung (Caretaker-Gene-Disease) z.B. Abklärung Fanconi-Anämie, Louis-Bar-Syndrom, Nijmegen-Breakage-Syndrom, Werner Syndrom; mononukleäre Zellsuspension; Kultivierung, chromosomenschädigender Faktor (z.B. Röntgenstrahlen, UV-Licht, Mitomycin); Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12130 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	49,73 €
12131	Zytokinnachweis oder Antikörpernachweis nach Zellstimulation, Durchflusszytometrie Lymphozytensuspension; Kultivierung, Stimulatoren; Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (intrazellulärer Nachweis). <i>Das/Die Zytokin(e) bzw. der/die Antikörper sowie Stimulator(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12131 ist bis zu sechsmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12131 ist neben der Leistung nach Nummer 12120 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um die gleiche Fragestellung (z.B. Tb-Diagnostik) handelt. Die der Leistung nach Nummer 12131 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	66,75 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12132	Zytokinnachweis oder Antikörpernachweis nach Zellstimulation, Immunoassay, insgesamt Lymphozytensuspension; Kultivierung, Stimulatoren; Zellkulturüberstand, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay); Auswertung: apparativ-quantitativ (Nachweis im Zellüberstand). <i>Das/Die Zytokin(e) bzw. der/die Antikörper sowie Stimulator(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12132 ist bis zu sechsmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12132 ist neben der Leistung nach Nummer 12120 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um die gleiche Fragestellung (z.B. Tb-Diagnostik) handelt. Die der Leistung nach Nummer 12132 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.</i>	79,44 €

12. Molekulargenetische Untersuchungen

12.03.12

Allgemeine Bestimmungen

- 1. Für die Klärung der den Leistungen der Abschnitte M III.12.01.04 bzw. M III.12.03.04 („Gentechnik-basierte zertifizierte Testkits“) jeweils zugrunde liegende Fragestellung sind ausschließlich diese Leistungen berechnungsfähig. Die Berechnung weiterer molekulargenetischer Leistungen des Abschnitts M III.12 ist hierfür ausgeschlossen.
- 2. Für die Klärung der den Leistungen der Abschnitte M III.12.02 (Blutgruppen, HLA-System) jeweils zugrunde liegende Fragestellung sind ausschließlich diese Leistungen berechnungsfähig. Die Berechnung weiterer molekulargenetischer Leistungen des Abschnitts M III.12 ist hierfür ausgeschlossen.
- 3. Die jeweilige Sequenzierungsleistung bezüglich der Abschnitte M III.12.01.03, M III.12.02 bzw. M III.12.03.03 betrifft einen bestimmten Genabschnitt, unabhängig davon, ob das jeweilige Sequenzierungsverfahren "doppelsträngig" oder "einzelssträngig" ausgelegt ist. Bei den Sequenzierungsleistungen nach den Nummern 12197 bis 12200 handelt es sich um Honorargruppen, deren jeweilige Bewertung für eine einzelne Sequenzierung gilt. Aus der jeweiligen Leistungsbeschreibung geht hervor, wie viele Sequenzierungen je Honorargruppe maximal abgerechnet werden können. Die Honorargruppen sehen ein stufenweises Vorgehen vor, beginnend mit der Honorargruppe 1, ggf. gefolgt von den Honorargruppen 2, 3 und 4. Pro Gen sind demnach bis zu 60 Sequenzierungen zulässig. Die Anzahl der zu untersuchenden Gene ergibt sich aus der jeweiligen humangenetischen Fragestellung.
- 4. Die für die Leistungen des Abschnitts M III.12.01.03 sowie für die Leistungen nach den Nummern 12244, 12310, 12318 bzw. 12319 ggf. vorab erforderlichen Probenaufbereitungsschritte (z.B. DNA-Isolierung und -Amplifikation) sowie die systemspezifische Detektion bzw. Auswertungen der Sequenzierungen bzw. Mikroarrays sind mit der jeweiligen Leistung abgegolten.
- 5. Die Abrechnungsbestimmungen zur mehrfachen Berechnungsfähigkeit der Leistungen des Abschnitts M III.12.01 beziehen sich auf die jeweilige Fragestellung (z.B. Abklärung Chorea Huntington) pro Patient. Genexpressionsanalysen zur Therapiekontrolle bei einer spezifischen medikamentösen Therapie sind ggf. wiederholt pro Patient berechnungsfähig.
- 6. Die Leistungen des Abschnitts M III.12.01 sind nur berechnungsfähig, wenn aus der Rechnung hervorgeht, welche Gene gemäß deren Einordnung im Online-Mendelian-Inheritance-in-Man-(OMIM-)Katalog untersucht wurden bzw. um welche sonstige wissenschaftlich anerkannte medizinisch-genetische Fragestellung es sich handelt. Hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens sind dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechende Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere) bindend. Leistungen des Abschnitts M III.12.01, für die Untersuchungsmaterial von lebenden oder verstorbenen Verwandten herangezogen wird, sind über den Patienten berechnungsfähig.

12.1 Genom des Menschen

12.03.12.01

12.1.1 Probenaufbereitung

12.03.12.01.01

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12151	DNA- und/oder RNA-Isolierung, menschliches Genom/Transkriptom Menschliches Probenmaterial (z.B. EDTA-Vollblut, Tupferabstrich Wangenschleimhaut, Fruchtwasser, Gewebe); z.B. manuelle Isolierungssysteme (ggf. einschließlich mechanische Gewebeaufbereitung [z.B. Dismembrator], Wasch-, Zentrifugations- und Elutionsschritte), teil- oder vollautomatisierte Isolierungssysteme.	22,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12152	Dot-Blot/Slot-Blot Isolierte Nukleinsäureprobe; Filtrierung auf definierte Membranfläche (Immobilisation).	26,28 €
12153	Elektrophorese/Transfer ([Southern-]Blotting) von Nukleinsäurefragmenten, menschliches Genom z.B. amplifizierte, ggf. verdaute Nukleinsäurefragmente; elektrophoretische Trennung (z.B. Gelelektrophorese), Nukleinsäuretransfer (z.B. Elektroblotting), Immobilisierung auf festen Träger (z.B. Nitrozellulose).	69,28 €
12154	RNA-Transkription, menschliches Transkriptom, eigenständiger Ansatz Isolierte RNA; Reverse Transkriptase (Transkriptionsprodukt: cDNA).	23,10 €
12155	Verdau (Spaltung) von Nukleinsäuren, menschliches Genom/Transkriptom, je Enzym Isolierte, ggf. amplifizierte Nukleinsäureprobe; Verdau (Restriktionsenzyme).	7,47 €

12.1.2 Amplifikation, Detektion**12.03.12.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12166	Elektrophorese/Detektion von Nukleinsäurefragmenten, menschliches Genom, je Probe z.B. amplifizierte, ggf. verdaute Nukleinsäureprobe; elektrophoretische Trennung (z.B. Gelelektrophorese, ggf. einschließlich Größenstandard [DNA-Leiter]), Färbung (z.B. Fluoreszenzfarbstoff); Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12166 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12168 oder 12172 nicht berechnungsfähig.</i>	36,62 €
12167	Fragmentlängenanalyse, kapillarelektrophoretisch, je Elektropherogramm Suche nach Sequenzvarianten (z.B. Triplet-Repeats); markierte(s) (z.B. Fluoreszenzfarbstoff) PCR-Produkte, markierte(r) Standard(s); Kapillarelektrophorese mit Polyacrylamidmatrix, Elektropherogramm (z.B. Laser angeregte Fluoreszenzemission); Auswertung: apparativ (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12167 ist pro Behandlungsfall bis zu zehnmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12167 ist neben den Leistungen des Abschnitts M III.12.01.3 nicht berechnungsfähig.</i>	38,53 €
12168	Hybridisierung/Detektion von Nukleinsäurefragmenten, menschliches Genom, je Sonde z.B. amplifizierte, ggf. verdaute Nukleinsäureprobe (z.B. immobilisiert [Southern-Blot], Dot-Blot); markierte (z.B. chromogenes Substrat, Farbstoff) Sonde, Hybridisierung; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager, Densitometer, Luminometer. <i>Die Leistung nach Nummer 12168 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu zehnmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12168 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12166 oder 12172 nicht berechnungsfähig.</i>	21,47 €
12169	Polymerasekettenreaktion (PCR), menschliches Genom, Einzelansatz (ein Primerpaar) Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikation (konventionelle PCR). <i>Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12169. Die Leistung nach Nummer 12169 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12170, 12171 oder 12172 nicht berechnungsfähig.</i>	33,62 €
12170	Polymerasekettenreaktion, geschachtelt (nested PCR), menschliches Genom, je Ansatz Isolierte Nukleinsäure; erstes Primerpaar, erste PCR, zweites Primerpaar (Zielsequenz innerhalb des Amplifikats aus erster PCR), zweite PCR (der ersten PCR nachfolgend). <i>Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12170. Die Leistung nach Nummer 12170 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12169, 12171 oder 12172 nicht berechnungsfähig.</i>	40,81 €
12171	Real-Time-Polymerasekettenreaktion (homogene PCR), menschliches Genom, Einzelansatz (ein Primerpaar) Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikation (spezifische Primer, Sonden, Reporter-Fluoreszenz); Auswertung: apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ (systemspezifische Software). <i>Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12171. Die Leistung nach Nummer 12171 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12166, 12168, 12169, 12170 oder 12172 nicht berechnungsfähig.</i>	37,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12172	Spezielle Nukleinsäure-Amplifikationsverfahren, je Verfahren und Zielsequenz Isolierte Nukleinsäure; z.B. Ein-Schritt-Reverse-Transkriptase-PCR (One-Step-RT-PCR), methylierungsspezifische PCR (MT-PCR), Long-Range-PCR, Gap-PCR, Multiplex-Ligation-dependent-Probe-Amplification (MLPA); z.B. homogene PCR-Hybridisierungs-Analysensysteme (z.B. PCR-ELISA, HyBeacon-Technologie); ggf. einschließlich abschließende apparative Detektion; Auswertung: systemspezifische Software. <i>Das durchgeführte Amplifikationsverfahren ist in der Rechnung anzugeben. Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12172. Die Leistung nach Nummer 12172 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12169, 12170 oder 12171 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12172 ist neben der Leistung nach Nummer 12154 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um eine One-Step-RT-PCR handelt. Soweit es sich bei der Leistung nach Nummer 12172 um ein Mehrfachamplifikationsverfahren in einem Ansatz handelt (z.B. MLPA), ist für zusätzliche Primer- oder Sondenpaare die Leistung nach 12173 berechnungsfähig.</i>	45,07 €
12173	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 12169, 12171 oder 12172 für Multiplex-Polymerasekettenreaktion (Multiplex-PCR), je zusätzliches Primerpaar und/oder Sondenpaar Isolierte Nukleinsäure; Mehrfachamplifikation in einem Ansatz. <i>Der Zuschlag nach Nummer 12173 ist bis zu zwanzigmal berechnungsfähig.</i>	14,56 €

12.1.3 DNA-Mikroarray, Sequenzierung**12.03.12.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12191	DNA-Mikroarray, insgesamt Genomweite Analyse (z.B. Einzelnukleotid-Polymorphismen [hoch verdichtete SNP-Analyse], Genexpressionsanalysen [Pharmakogenetik], Mikrodeletionen, Mikroduplikationen [diagnostische Auflösung: ≤200 kb]); Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung (z.B. Restriktionsenzym), DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); Mikroarray (immobilisierte Sonden), Hybridisierung; Detektion: apparativ (z.B. Laserscanner); Auswertung: systemspezifische Software. <i>Für die molekulare Karyotypisierung mittels CGH-Array sind nur die Leistungen nach den Nummern 13111 oder 13112 berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 12191 sind weitere Leistungen des Abschnitts M III.12.01.03 nicht berechnungsfähig.</i>	1 077,77 €
12192	Gesamt-Exom- und/oder Klinisches-Exom-Sequenzierung mittels paralleler Hoch-Durchsatz-Technologie, insgesamt je Patient Nachweis bekannter, vererbbarer, krankheitsrelevanter bzw. krankheitsauslösender Mutationen oder Suche nach unbekannten Mutationen; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Haut), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische parallele Hoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS]) einschließlich Detektion (z.B. Laserscanner) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12192 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12197, 12198, 12199, 12200 oder 12201 oder mit molekulargenetischen Leistungen der Abschnitte M III.12.01. oder M III.12.02. oder mit anderen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels M die jeweilige medizinisch-genetische Fragestellung gleichermaßen definitiv, aber kostengünstiger beantwortet werden kann. Die Leistung nach Nummer 12192 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12191, 12193, 12194 oder 12201 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 12192 sind bis zu 24 Sequenzierungen nach den Nummern 12197, 12198 oder 12199 berechnungsfähig, soweit diese nach dem Stand der Wissenschaft unabdingbar sind, um die diagnostische Fragestellung erschöpfend zu beantworten.</i>	3 511,88 €
12193	Multi-Gen-Panel-Sequenzierung mittels paralleler Hoch-Durchsatz-Technologie, 5 bis 49 kb kodierende Sequenz, insgesamt je Patient Nachweis bekannter, vererbbarer, krankheitsrelevanter bzw. krankheitsauslösender Mutationen oder Suche nach unbekannten Mutationen; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische parallele Hoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS]) einschließlich Detektion (z.B. Laserscanner) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12193 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12197, 12198, 12199, 12200 oder 12201 oder mit molekulargenetischen Leistungen der Abschnitte M III.12.01. oder M III.12.02. oder mit anderen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels M die jeweilige medizinisch-genetische Fragestellung gleichermaßen definitiv, aber kostengünstiger beantwortet werden kann. Die sequenzierte Gengröße (in kb) ist in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 12193 sind bis zu 24 Sequenzierungen nach den Nummern 12197, 12198 oder 12199 berechnungsfähig, soweit diese nach dem allgemein anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik unabdingbar sind, um die diagnostische Fragestellung erschöpfend zu beantworten. Die Leistung nach Nummer 12193 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12191, 12192, 12194 oder 12201 nicht berechnungsfähig.</i>	3 055,16 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12194	Multi-Gen-Panel-Sequenzierung mittels paralleler Hoch-Durchsatz-Technologie, mindestens 50 kb kodierende Sequenz, insgesamt je Patient Nachweis bekannter, vererbbarer, krankheitsrelevanter bzw. krankheitsauslösender Mutationen oder Suche nach unbekannten Mutationen; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Haut), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische parallele Hoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS]) einschließlich Detektion (z.B. Laserscanner) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12194 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12197, 12198, 12199, 12200 oder 12201 oder mit molekulargenetischen Leistungen der Abschnitte M III.12.01. oder M III.12.02. oder mit anderen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels M die jeweilige medizinisch-genetische Fragestellung gleichermaßen definitiv, aber kostengünstiger beantwortet werden kann. Die sequenzierte Gengröße (in kb) ist in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 12194 sind bis zu 24 Sequenzierungen nach den Nummern 12197, 12198 oder 12199 berechnungsfähig, soweit diese nach dem allgemein anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik unabdingbar sind, um die diagnostische Fragestellung erschöpfend zu beantworten. Die Leistung nach Nummer 12194 ist neben Leistungen nach den Nummern 12191, 12192, 12193 oder 12201 nicht berechnungsfähig.</i>	3 322,75 €
12195	Sequenzierung mittels paralleler Hoch-Durchsatz-Technologie, Leistung bei Verwandten 1. Grades Suche nach unbekannten Mutationen; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische parallele Ultrahoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS]) einschließlich Detektion (z.B. Laserscanner) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Der Verwandtschaftsgrad ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12195 ist berechnungsfähig, soweit es sich bezogen auf den Patienten nach den Nummern 12192, 12193 oder 12194 um Verwandte 1. Grades handelt. Die Leistung nach Nummer 12195 ist pro Patient bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	1 443,31 €
12197	Sequenzierung, Honorargruppe 1, je Gen Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Das/Die untersuchte(n) Gen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben, Die Leistung nach Nummer 12197 ist bis zu zehnmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zehn verschiedenen Amplikons). Neben der Leistung nach Nummer 12197 ist die Leistung nach Nummer 12201 nicht berechnungsfähig.</i>	44,43 €
12198	Sequenzierung, Honorargruppe 2, je Gen Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12198 ist ausschließlich als Ergänzung zur Leistung nach Nummer 12197 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12198 ist bis zu zehnmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zehn verschiedenen Amplikons).</i>	38,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12199	Sequenzierung, Honorargruppe 3, je Gen Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12199 ist ausschließlich als Ergänzung zur Leistung nach Nummer 12198 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12199 ist bis zu zwanzigmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zwanzig verschiedenen Amplikons).</i>	31,73 €
12200	Sequenzierung, Honorargruppe 4, je Gen Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation; Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). <i>Die Leistung nach Nummer 12200 ist ausschließlich als Ergänzung zur Leistung nach Nummer 12199 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12200 ist bis zu zwanzigmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zwanzig verschiedenen Amplikons).</i>	25,39 €
12201	Einzelgenanalyse mittels Sequenzierung, je Zielsequenz Nachweis oder Ausschluss einer oder mehrerer in der Familie nachgewiesenen Mutation(en); Probe: Körperflüssigkeiten (z.B. Blut), Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (system-spezifische Software). <i>Die untersuchte(n) Mutation(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12201 ist bis zu fünfmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 12201 sind die Leistungen nach den Nummern 12191, 12192, 12193, 12194 oder 12197 nicht berechnungsfähig.</i>	89,41 €

12.1.4 Gentechnik-basierte zertifizierte Testkits**12.03.12.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12221	Alpha-1-Antitrypsin Genotypisierung (PiZ, PiS); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	70,55 €
12222	Apolipoprotein E (Apo E) Mutationsnachweis (Codon 112, 158); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	69,93 €
12223	Dehydropyrimidin-Dehydrogenasemangel (DPYD) Mutationsnachweis (Exon-14-Skipping-Mutation); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	70,55 €
12224	Faktor V-Mutation (Leiden) Mutationsnachweis (R506Q); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	47,59 €
12225	HFE-Gen Mutationsnachweis (C282Y, H63D); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	69,93 €
12226	Laktoseintoleranz Mutationsnachweis (LCT-13910C>T, -22018G>A); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	78,43 €
12227	Methylen-Tetrahydrofolat-Reduktasemangel (MTHFR) Mutationsnachweis (MTHFR-C677T, -A1298C); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	79,94 €
12228	Morbus Meulengracht Mutationsnachweis (UGT1A1-Promoter-3279T>G); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	69,93 €
12229	Plasminogen-Aktivator-Inhibitor-1-Protein (PAI-1) Mutationsnachweis (4G/5G-675, -A844G); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	65,07 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12230	Prothrombin-Mutation (Faktor II) Mutationsnachweis (G20210A); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	47,59 €

Vertraulich

12.2 Blutgruppen-, HLA-System**12.03.12.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12241	Blutgruppen, Genotypisierung, je Genort Zelloberflächenantigene (z.B. erythrozytäre [z.B. ABO], granulozytäre [z.B. HNA-1], thrombozytäre [z.B. HPA-1]); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), fetales Probenmaterial, Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], DNA-Sequenzierung); Auswertung: testspezifisch. <i>Das/Die untersuchte(n) Blutgruppensystem(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12241 ist neben den Leistungen des Abschnitts M III.05 (Blutgruppen, HLA-System) berechnungsfähig, soweit dieses Vorgehen zur definitiven Blutgruppenbestimmung dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entspricht.</i>	92,09 €
12242	HLA-Allel, Einzelnachweis, hoch auflösend (Allelebene) z.B. krankheitsassoziierte(s) HLA-Allel(e); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]); Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Das/Die HLA-Allel(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (Zwei-Feld-Auflösung [z.B. HLA-A*24:02, HLA-DRB1*04:01]). Die Leistung nach Nummer 12242 ist bis zu viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12242 ist neben der Leistung nach Nummer 12243 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche HLA-Allel handelt. Neben der Leistung nach Nummer 12242 sind die serologisch-immunologischen Bestimmungen krankheitsassoziierter HLA-Antigene nach den Nummern 11781 und 11782 nicht berechnungsfähig.</i>	78,53 €
12243	HLA-Allel, Einzelnachweis, niedrig auflösend (Allelgruppenebene) z.B. krankheitsassoziierte(s) HLA-Allel(e); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]); Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Das/Die HLA-Allel(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (Ein-Feld-Auflösung [z.B. HLA-A*24, DRB1*04]). Die Leistung nach Nummer 12243 ist bis zu viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12243 ist neben der Leistung nach Nummer 12242 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche HLA-Allel handelt. Neben der Leistung nach Nummer 12243 sind die immunologisch-serologischen Bestimmungen krankheitsassoziierter HLA-Antigene nach den Nummern 11781 oder 11782 nicht berechnungsfähig.</i>	65,44 €
12244	HLA-Allel-Expressionsvariante, Screening, je Genort Genortspezifischer Ausschluss HLA-Klasse-I/II-Allel-Expressionsvariante(n) (z.B. Null-Allel[e]); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe; einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Primer [PCR-SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]); Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Der/Die Genort(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12244 ist nur berechnungsfähig, soweit das potenzielle Stammzellspender-Empfänger-Paar genotypisch nicht identisch ist.</i>	89,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12245	HLA-Klasse-I-Allele, Typisierung, hoch auflösend (Allelebene), je Genort Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Der/Die Genort(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (z.B. HLA-A). Die Leistung nach Nummer 12245 ist nur berechnungsfähig, wenn mindestens alle auf Allelebene (Zwei-Feld-Auflösung) relevanten Ambiguitäten aus den polymorphen Positionen von Exon 2 und 3 gelöst werden. Die Leistung nach Nummer 12245 ist neben der Leistung nach Nummer 12246 nicht berechnungsfähig.</i>	127,22 €
12246	HLA-Klasse-I-Allele, Typisierung, niedrig auflösend (Allelgruppenebene), je Genort Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Der/Die Genort(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (z.B. HLA-A). Die Leistung nach Nummer 12246 ist neben der Leistung nach Nummer 12245 nicht berechnungsfähig.</i>	105,22 €
12247	HLA-Klasse-II-Allele, Typisierung, hoch auflösend (Allelebene), je Genort Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Der/Die Genort(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (z.B. HLA-DRB1). Die Leistung nach Nummer 12247 ist nur berechnungsfähig, wenn mindestens alle auf Allelebene (Zwei-Feld-Auflösung) relevanten Ambiguitäten aus den polymorphen Positionen von Exon 2 gelöst werden. Die Leistung nach Nummer 12247 ist neben der Leistung nach Nummer 12248 nicht berechnungsfähig.</i>	127,22 €
12248	HLA-Klasse-II-Allele, Typisierung, niedrig auflösend (Allelgruppenebene), je Genort Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Gewebe, einschließlich DNA-Isolierung, -Anreicherung; Amplifikation/Detektion (z.B. sequenzspezifische Oligonukleotide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. <i>Der/Die Genort(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben (z.B. HLA-DRB1). Die Leistung nach Nummer 12248 ist neben der Leistung nach Nummer 12247 nicht berechnungsfähig.</i>	118,65 €

12.3 Genomnachweis von Krankheitserregern (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren)**12.03.12.03****12.3.1 Probenaufbereitung****12.03.12.03.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12266	DNA- und/oder RNA-Isolierung, Krankheitserreger-Genom/Transkriptom (Potenziell) infiziertes Probenmaterial (z.B. Vollblut [antikoaguliert, möglichst EDTA], Serum, Plasma, Sputum, Liquor, Stuhl, Urin, Abstriche); z.B. manuelle Isolierungssysteme (ggf. einschließlich mechanische Gewebeaufbereitung [z.B. Dismembrator], Wasch-, Zentrifugations- und Elutionsschritte), teil- oder vollautomatisierte Isolierungssysteme.	22,69 €
12267	RNA-Transkription, Krankheitserreger-Genom/Transkriptom, eigenständiger Ansatz Isolierte RNA; reverse Transkriptase, Primer (Transkriptionsprodukt: cDNA). <i>Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	23,09 €
12268	Verdau (Spaltung) von Nukleinsäuren, Krankheitserreger-Genom/Transkriptom, je Enzym Isolierte, ggf. amplifizierte Nukleinsäure; Verdau (Restriktionsenzyme). <i>Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	7,47 €

12.3.2 Amplifikation**12.03.12.03.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12280	Multiplex-Polymerasekettenreaktion (Multiplex-PCR), insgesamt pro Erregerspektrum I Isolierte Nukleinsäureprobe: z.B. homogene Mehrkanal-Real-Time-PCR, konventionelle PCR, bis zu 15 Genus- und/oder Spezies-spezifische Detektionen (z.B. spezifische Primersysteme, multiplexe Sondensysteme); Auswertung: apparativ-qualitativ und/oder -quantitativ, ggf. einschließlich Schmelzkurvenanalysen. <i>Die untersuchten Krankheitserreger und/oder Krankheitserreger-Subtypen sowie die klinische Fragestellung (z.B. Meningitis) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12280 ist nur einmal berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt. Neben der Leistung nach Nummer 12280 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt.</i>	122,89 €
12281	Multiplex-Polymerasekettenreaktion (Multiplex-PCR), insgesamt pro Erregerspektrum II Isolierte Nukleinsäureprobe: z.B. homogene Mehrkanal-Real-Time-PCR, konventionelle PCR, mindestens 16 Genus- und/oder Spezies-spezifische Detektionen (z.B. spezifische Primersysteme, multiplexe Sondensysteme); Auswertung: apparativ-qualitativ und/oder -quantitativ, ggf. einschließlich Schmelzkurvenanalysen. <i>Die untersuchten Krankheitserreger und/oder Krankheitserreger-Subtypen sowie die klinische Fragestellung (z.B. Pneumonie) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12281 ist nur einmal berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt. Neben der Leistung nach Nummer 12281 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt.</i>	169,70 €
12282	Polymerasekettenreaktion (PCR), als Einzelansatz (ein Primerpaar), je Krankheitserreger-Genom Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikationsverfahren (konventionelle PCR). <i>Der untersuchte Krankheitserreger ist in der Rechnung anzugeben. Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12282. Neben der Leistung nach Nummer 12282 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	33,62 €
12283	Polymerasekettenreaktion, geschachtelt (nested PCR), je Krankheitserreger-Genom Isolierte Nukleinsäure; erstes Primerpaar, erste PCR, zweites Primerpaar (Zielsequenz innerhalb des Amplifikats aus erster PCR), zweite PCR (der ersten PCR nachfolgend). <i>Der untersuchte Krankheitserreger ist in der Rechnung anzugeben. Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12283. Neben der Leistung nach Nummer 12283 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	40,81 €
12284	Real-Time-Polymerasekettenreaktion (homogene PCR), je Krankheitserreger-Genom Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikation (spezifische Primer, Sonden, Reporter-Fluoreszenz); Auswertung: apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ (systemspezifische Software). <i>Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12284. Der untersuchte Krankheitserreger ist in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 12284 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt. Die Leistung nach Nummer 12284 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12305, 12312, 12313 oder 12314 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	37,59 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12285	Spezielle Nukleinsäure-Amplifikationsverfahren, je Verfahren und Krankheitserreger-Genom Isolierte Nukleinsäure; z.B. Ein-Schritt-Reverse-Transkriptase-PCR (One-Step-RT-PCR), Transcriptional-Mediated-Amplification [TMA], Nucleic-Acid-Sequence-Based-Amplification [NASBA], Strand-Displacement-Assay [SDA]; z.B. Sonden-Amplifikationsverfahren (z.B. Ligase-Kettenreaktion [LCR]); z.B. homogene PCR-Hybridisierungs-Testsysteme (z.B. PCR-ELISA, HyBeacon-Technologie), komplexe Signalamplifikation (z.B. branched DNA-Verfahren); ggf. einschließlich abschließende apparative Detektion; Auswertung: systemspezifische Software. <i>Das durchgeführte Amplifikationsverfahren und der untersuchte Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Ggf. mitzuführende Kontrollen/Standards sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 12285. Neben der Leistung nach Nummer 12285 sind weitere molekulargenetische Leistungen des Abschnitts M III.12.03.2 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	45,07 €

12.3.3 Elektrophorese, Hybridisierung, Sequenzierung**12.03.12.03.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12305	Elektrophorese/Detektion von Nukleinsäurefragmenten, Krankheitserreger-Genom, je Probe z.B. amplifizierte, ggf. verdaut Nukleinsäureprobe; elektrophoretische Trennung (z.B. [Pulsfeld-]Gelelektrophorese, ggf. einschließlich Größenbestimmung [DNA-Leiter]); Detektion: Färbung (z.B. Fluoreszenzfarbstoff); Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Der untersuchte Krankheitserreger ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12305 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12284, 12312, 12313 oder 12314 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	36,62 €
12306	Hepatitis-B-Virus-Genomuntersuchung, reverse Hybridisierung, je Ansatz Bestimmung des Genotyps und/oder Identifizierung von Mutanten und/oder Resistenztestung; z.B. hoch gereinigtes, markiertes (z.B. Biotin) PCR-Produkt (Amplifikat); immobilisierte Sonden (Membranstreifen), Hybridisierung; Detektion: z.B. chromogenes Substrat; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12306 ist neben der Leistung nach Nummer 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	128,65 €
12307	Hepatitis-C-Virus-Genomuntersuchung, reverse Hybridisierung, je Ansatz Bestimmung des Genotyps und/oder Identifizierung von Mutanten und/oder Resistenztestung; z.B. hoch gereinigtes, markiertes (z.B. Biotin) PCR-Produkt (Amplifikat); immobilisierte Sonden (Membranstreifen), Hybridisierung; Detektion: z.B. chromogenes Substrat; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12307 ist neben der Leistung nach Nummer 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	128,65 €
12308	Hoch-Durchsatz-Sequenzierung, je Krankheitserreger-Genom Genomweite Suche nach Virulenzfaktoren und/oder Resistenzgenen einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA- und/oder RNA-Isolierung, ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische Hochdurchsatz-Sequenzierung; Detektion: apparativ (z.B. Laserscanner); Auswertung: systemspezifische Software. <i>Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger und/oder Krankheitserreger-Subtypen ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12308 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach Nummer mit molekulargenetischen Leistungen des Abschnitts M III.12.03 oder mit anderen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M die jeweilige medizinisch-infektiologische Fragestellung gleichermaßen definitiv, aber kostengünstiger beantwortet werden kann.</i>	304,69 €
12309	Humane Papillomviren-Genomuntersuchung, reverse Hybridisierung, je Ansatz Bestimmung des Genotyps und/oder Identifizierung von Mutanten und/oder Resistenztestung; z.B. hoch gereinigtes, markiertes (z.B. Biotin) PCR-Produkt (Amplifikat); immobilisierte Sonden (Membranstreifen), Hybridisierung; Detektion: z.B. chromogenes Substrat, Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12309 ist neben der Leistung nach Nummer 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	80,05 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12310	Humanes Immundefizienz-Virus oder Hepatitis-B-Virus oder Hepatitis-C-Virus, Sequenzierung Resistenz-assoziierte Mutationen, je Therapie-relevante Genregion Suche nach Resistenz-assoziierten Mutationen, einschließlich Probenaufbereitung; Sequenzierung, automatisiert (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung); Detektion: apparativ (z.B. Kapillar-Elektrophorese: CCD-Kamera; Auswertung: systemspezifische Software. <i>Der untersuchte Krankheitserreger ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12310 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12318 oder 12319 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	106,29 €
12311	Humanes-Immundefizienz-Virus-Genomuntersuchung, reverse Hybridisierung, je Ansatz Bestimmung des Genotyps und/oder Identifizierung von Mutanten und/oder Resistenztestung; z.B. hoch gereinigtes, markiertes (z.B. Biotin) PCR-Produkt (Amplifikat); immobilisierte Sonden (Membranstreifen), Hybridisierung; Detektion: z.B. chromogenes Substrat; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12311 ist neben der Leistung nach Nummer 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	128,65 €
12312	Hybridisierung, reverse, je Ansatz z.B. amplifizierte Nukleinsäure; mindestens drei immobilisierte Erreger-spezifische Sonden, Hybridisierung (z.B. Line-Probe-Assay, DNA-Strip-Technologie); Detektion: z.B. chromogenes Substrat; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager, Densitometer, Luminometer. <i>Das untersuchte Probenmaterial und der/die untersuchte(n) Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12312 ist neben der Leistung nach den Nummern 12284, 12305 oder 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	39,04 €
12313	Hybridisierung/Detektion (Identifizierung) von Nukleinsäurefragmenten, je Erreger-spezifische Sonde z.B. hoch gereinigtes, immobilisiertes PCR-Produkt (Amplifikat); markierte (z.B. chromogenes Substrat, Farbstoff) Sonde, Hybridisierung; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager, Densitometer, Luminometer. <i>Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12313 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12284, 12305, 12306, 12307, 12309, 12311, 12312 oder 12315 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	21,47 €
12314	Hybridisierung/DNA-Sondentest, je Erreger-spezifische Sonde Isolierte Nukleinsäure (z.B. lysierte Bakterienkultur); markierte (z.B. Acridinester) Erreger-spezifische DNA-Sonde, z.B. Flüssigphasen-Hybridisierung (z.B. Hybridization-Protection-Assay [HPA]; Auswertung: apparativ-qualitativ (Luminometer). <i>Das untersuchte Probenmaterial und der/die untersuchte(n) Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12314 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12314 ist neben der Leistung nach Nummer 12284, 12305 oder 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	21,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12315	Mycobacterium-Genomuntersuchung, reverse Hybridisierung, je Ansatz Bestimmung des Genotyps und/oder Identifizierung von Mutanten und/oder Resistenztestung; z.B. hoch gereinigtes, markiertes (z.B. Biotin) PCR-Produkt (Amplifikat); immobilisierte Sonden (Membranstreifen), Hybridisierung; Detektion: z.B. chromogenes Substrat; Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Imager. <i>Die Leistung nach Nummer 12315 ist neben der Leistung nach Nummer 12313 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	128,65 €
12316	RNA-DNA-Hybridisierung, qualitativ, je Erreger Isolierte Nukleinsäure; Erreger-spezifische RNA-Sonde, Signal-Amplifikation (z.B. Hybrid-Capture-Verfahren); Auswertung: qualitativ (z.B. Luminometer). <i>Das untersuchte Probenmaterial und der/die untersuchte(n) Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12316 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12316 ist neben der Leistung nach Nummer 12317 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	27,30 €
12317	RNA-DNA-Hybridisierung, quantitativ, je Erreger Isolierte Nukleinsäure; Erreger-spezifische RNA-Sonde, Signal-Amplifikation (z.B. Hybrid-Capture-Verfahren); Auswertung: quantitativ (z.B. Luminometer). <i>Das untersuchte Probenmaterial und der/die untersuchte(n) Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12317 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12317 ist neben der Leistung nach Nummer 12316 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	33,21 €
12318	Sequenzierung, Erregeridentifikation, je Erreger Suche nach Erreger-spezifischer Sequenz, einschließlich Probenaufbereitung, einschließlich Amplifikation (z.B. PCR); Sequenzierung, automatisiert (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung); Detektion: apparativ (z.B. Kapillar-Elektrophorese: CCD-Kamera); Auswertung: Systemspezifische Software. <i>Das untersuchte Probenmaterial und der/die untersuchte(n) Krankheitserreger sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12318 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12318 ist neben der Leistung nach Nummer 12310 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	50,78 €
12319	Sequenzierung, Resistenz-assoziierte Mutationen, je therapierelevante Genregion Suche nach Resistenz-assoziierten Mutationen, einschließlich Probenaufbereitung, einschließlich Amplifikation (z.B. PCR); Sequenzierung, automatisiert (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung); Detektion: apparativ (z.B. Kapillar-Elektrophorese: CCD-Kamera); Auswertung: Systemspezifische Software. <i>Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12319 ist pro aufbereitete Nukleinsäureprobe bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12319 ist neben der Leistung nach Nummer 12310 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.</i>	65,02 €

12.3.4 Gentechnik-basierte zertifizierte Testkits**12.03.12.03.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12340	Chlamydia trachomatis Erregernachweis; z.B. Abstrich (z.B. Harnröhre, Zervix), Urin, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	41,77 €
12341	Cytomegalovirus (CMV), qualitativ Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Liquor, Urin, Muttermilch, Fruchtwasser, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	49,75 €
12342	Cytomegalovirus (CMV), quantitativ Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), Liquor, Urin, Muttermilch, Fruchtwasser, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	57,55 €
12343	Enterovirus Erregernachweis, Genus-spezifisch; z.B. Abstrich (z.B. Rachen, Anus), Stuhl, Liquor, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	41,51 €
12344	Neisseria gonorrhoeae Erregernachweis; z.B. Abstrich (z.B. Urethra, Zervix, Anus), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	37,69 €
12345	Streptococcus agalactiae Erregernachweis; z.B. Genitalabstrich (z.B. GBS-Screening), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	40,70 €
12346	Hepatitis-B-Virus, quantitativ Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	103,49 €
12347	Hepatitis-C-Virus, qualitativ Erregernachweis (z.B. Ausschlussdiagnostik); z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	61,41 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12348	Hepatitis-C-Virus, quantitativ Erregernachweis (z.B. Therapiesteuerung); z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	126,84 €
12349	Humanes Immundefizienz-Virus Typ-1, quantitativ Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	123,93 €
12350	Multiresistenter Staphylococcus aureus (MRSA) Erregernachweis; z.B. Wundabstrich, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	45,30 €
12351	Mycobacterium tuberculosis Erregernachweis; z.B. Sputum, Bronchialsekret, bronchoalveoläre Lavageflüssigkeit, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	44,52 €
12352	Coronavirus Erregernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]): z.B. Rachenabstrich, Bronchialsekret, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. <i>Die untersuchte(n) Spezies und das untersuchte Probenmaterial sind in der Rechnung anzugeben.</i>	64,54 €

13. Krankheitserreger (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren)**12.03.13****13.1. Bakterien****12.03.13.01****Allgemeine Bestimmungen**

Wird die Identifizierung von mehr als fünf Reinkulturen aus dem gleichen Probenmaterial nach den Leistungen des Abschnitts M III.13.01.03 berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

13.1.1 Nativmaterial (NM; originäres Probenmaterial)**12.03.13.01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12371	Acridinorange-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12371 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	8,38 €
12372	Auramin-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12372 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	16,12 €
12373	Bacterium, IFT, je Antigen Nativmaterial (z.B. Bronchialsekret); Taxon-spezifisches Antiserum (z.B. Legionella pneumophila-spezifisch), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12373 ist pro Nativmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	22,81 €
12374	Streptococcus agalactiae (B-Streptokokken), Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,88 €
12375	Campylobacter, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	12,92 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12376	Clostridium difficile, Antigen-Immunoassay Glutamat-Dehydrogenase-(GDH-)Nachweis; Stuhl (ungeformt, flüssig-breig); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die Leistung nach Nummer 12376 ist neben der Leistung nach Nummer 11040 nicht berechnungsfähig.</i>	12,92 €
12377	Cryptococcus-neoformans-Antigen-ST Serum, Liquor; Antigennachweis; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12377 ist neben der Leistung nach Nummer 12543 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt.</i>	15,22 €
12378	Fuchsin-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12378 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	6,23 €
12379	Gram-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12379 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	8,45 €
12380	Haemophilus influenzae Kapseltyp b, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,83 €
12381	Helicobacter pylori, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12381 ist neben der Leistung nach Nummer 11824 nicht berechnungsfähig.</i>	34,74 €
12382	Kinyoun-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	12,25 €
12383	Legionella, Antigen-IA Antigennachweis, z.B. Serogruppe 1; Nativmaterial (z.B. Urin); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12383 ist neben der Leistung nach Nummer 11044 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	16,46 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12384	Methylenblau-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12384 ist neben der Leistung nach Nummer 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	4,65 €
12385	Nativpräparat Nativmaterial auf Objektträger; Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12385 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	8,16 €
12386	Neisser-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	16,12 €
12387	Neisseria meningitidis, je Serogruppe, Antigen-AT Antigennachweis (z.B. Serogruppe A, B, C, Y/W 135); Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	10,97 €
12388	Streptococcus pneumoniae, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12388 ist neben der Leistung nach Nummer 11046 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	10,97 €
12389	Ziehl-Neelsen-Färbung, NM Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	12,25 €

13.1.2 Anzucht

12.03.13.01.02

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12401	Bacterium-Anzucht I, aerob, je Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Universalnährmedium (z.B. Blut-Agar, Columbia-[Blut-]Agar, Hirn-Herz-Glukose-Bouillon) und/oder universelles Differenzialnährmedium (z.B. Endo-Agar, MacConkey-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattenvisite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12401 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	4,56 €
12402	Bacterium-Anzucht II, aerob, je Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Spezialnährmedium (z.B. zum selektiven Nachweis von Legionella spp.), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattenvisite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12402 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	5,80 €
12403	Bacterium-Anzucht III, aerob, je Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Optimalnährmedium (z.B. supplementierter Schokoladen-Agar [Kochblutagar]) und/oder selektives Differenzialnährmedium (z.B. Columbia-Blut-CNA-Agar, CIN-Agar, XLD-Agar, Kligler-Eisen-Agar, Chrom-Agarmedium) und/oder resistenzspezifisches Screening-Nährmedium (z.B. MRSA-Screening-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattenvisite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12403 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	4,84 €
12404	Bacterium-Anzucht, anaerob oder mikroaerophil, je Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Anaerobier-Nährmedium (z.B. Schaedler-Agar mit Schafblut, Schaedler-KV-Agar, Thioglycolatbouillon), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattenvisite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12404 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	6,42 €
12405	Bacterium-Anzucht, Blutkultursystem manuell, je Flasche (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Flüssignährmedium in Flaschen (z.B. aerob, anaerob); Auswertung: visuell-manuell. <i>Die Leistung nach Nummer 12405 ist pro Blutentnahmezeitpunkt bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	6,42 €
12406	Chlamydia-Anzucht, je Ansatz (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Zellkultur (z.B. BGM-Zellen), Bebrütung (z.B. über 48–72 Std. bei ~37°C und 5% CO ₂), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (chlamydiale Einschlüsse). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	37,14 €
12407	Mycobacterium-Anzucht, je Probenmaterial und Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial, ggf. einschließlich Probenaufbereitung; Festmedien (z.B. Löwenstein-Jensen-Medium), Flüssigmedien (z.B. Kirchner-Medium), Bebrütung (ggf. mindestens sechs Wochen); Auswertung: visuell („Plattenvisite“). <i>Das/Die untersuchte(n) Probenmaterial(ien) und die Nährmedien sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12407 ist je Probenmaterial bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	40,94 €

13.1.3 Reinkultur, Identifizierung**12.03.13.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12416	Bacterium-Identifizierung I, je aerobe Reinkultur Reinkultur; Identifizierungssystem (z.B. Streifenformat, Mikrotiterplattenformat): bis zu 19 Reaktionskammern (sog. Bunte Reihe), Bebrütung; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ-codierend, apparativ-codierend; Datenbank-gestützte taxonomische Einordnung. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12416 ist neben der Leistung nach Nummer 12419 nicht berechnungsfähig.</i>	11,12 €
12417	Bacterium-Identifizierung I, je Reinkultur Reinkultur; Kombinations-Nährmedium (z.B. Kligler-Agar, Triple-Sugar-Iron-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	5,74 €
12418	Bacterium-Identifizierung I, je Reinkultur und Test Reinkultur; spezielles kulturelles und/oder biochemisches Einzelverfahren (z.B. Harnstoffspaltung, DNase-Test, Nitratreduktion, Esculinspaltung, Koagulase-Test, CAMP-Test, kultureller Satellitismus bzw. Ammenphänomen, O-F-Test), Bebrütung; Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Der/Die Test(s) je Reinkultur ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12418 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	4,90 €
12419	Bacterium-Identifizierung II, je aerobe Reinkultur Reinkultur; Identifizierungssystem (z.B. Streifenformat, Mikrotiterplattenformat): mindestens 20 Reaktionskammern (sog. Bunte Reihe), Bebrütung; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ-codierend, apparativ-codierend; Datenbank-gestützte taxonomische Einordnung. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12419 ist neben der Leistung nach Nummer 12416 nicht berechnungsfähig.</i>	15,48 €
12420	Bacterium-Identifizierung II, je Reinkultur Isoliertes Ganzzell-(Bakterien-)Hydrolysat; Chromatographie (z.B. DC); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	22,70 €
12421	Bacterium-Identifizierung II, je Reinkultur und Test Reinkultur; orientierendes kulturelles und/oder biochemisches Einzelverfahren (z.B. Katalase-Reaktion, Oxidase-Reaktion, Gallelöslichkeit, Clumpingfaktor, Optochin-Test), Bebrütung; Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Der/Die Test(s) je Reinkultur ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12421 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	4,57 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12422	Bacterium-Identifizierung III, je Reinkultur Reinkultur; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. GC-MS, MALDI-TOF-MS); Auswertung: apparativ-systemspezifisch, Abgleich mit Referenzdatenbank. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12422 neben den Leistungen nach den Nummern 12416, 12417, 12418, 12419, 12421, 12423, 12424, 12425 oder 12426 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	72,03 €
12423	Bacterium-Identifizierung, je anaerobe/mikroaerophile Reinkultur Reinkultur; Identifizierungssystem (z.B. Streifenformat, Mikrotiterplattenformat): mindestens 18 Reaktionskammern (sog. Bunte Reihe), Bebrütung; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ-codierend, apparativ-codierend; Datenbank-gestützte taxonomische Einordnung. <i>Das/Die untersuchte(n) Bakterium/Bakterien ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,27 €
12424	Bacterium-Identifizierung, je Reinkultur und Antigen Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria (z.B. enteropathogene Escherichia-coli-Stamm) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Der/Die Signal-(Tracer)verstärkte(n) Immunoassay(s) je Reinkultur ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12424 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12424 neben den Leistungen nach den Nummern 12416, 12417, 12418, 12419, 12421, 12422, 12423, 12425 oder 12426 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	12,92 €
12425	Bacterium-Identifizierung, je Reinkultur und Antiserum Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12425 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12425 neben den Leistungen nach den Nummern 12416, 12417, 12418, 12419, 12421, 12422, 12423, 12424 oder 12426 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	18,42 €
12426	Bacterium-Nachweis und/oder -Identifizierung, je Ansatz (Potenziell) infiziertes Probenmaterial oder Reinkultur; Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-systemspezifisch (Auswertesoftware). <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12426 ist pro Probenmaterial und/oder Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12426 neben den Leistungen nach den Nummern 12416, 12417, 12418, 12419, 12421, 12422, 12423, 12424 oder 12425 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	16,26 €
12427	Beta-hämolysierende Streptokokken, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12427 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.</i>	7,37 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12428	Campylobacter spp., Antigen-AT, je Reinkultur Antigen-Nachweis; Reinkultur, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Erhitzen, Extraktion); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ.	13,52 €
12429	Darmpathogene Escherichia coli, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12429 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.</i>	6,79 €
12430	Gram-Färbung, je Reinkultur Reinkultur-Ausstrich; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,01 €
12431	Haemophilus influenzae, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12431 ist pro Reinkultur bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	10,83 €
12432	Legionella, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12432 ist pro Reinkultur bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	9,68 €
12433	Listeria, Antigen-AT, je Reinkultur Antigen-Nachweis; Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ.	9,28 €
12434	Mycobacterium-tuberculosis-Antigen-ST Reinkultur; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Wird bei der gleichen Reinkultur neben der Leistung nach 12434 die Leistung nach Nummer 12435 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	26,08 €
12435	Mycobacterium-tuberculosis-Komplex, Identifizierung insgesamt Reinkultur; biochemische Reaktionen (z.B. Niacin-(Nikotinsäure-)Nachweis, Nitratreduktase); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Wird bei der gleichen Reinkultur neben der Leistung nach Nummer 12435 die Leistung nach Nummer 12434 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	36,17 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12436	Neisseria meningitidis, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12436 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.</i>	10,97 €
12437	Salmonella, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12437 ist pro Reinkultur bis zu fünfzehnmal berechnungsfähig.</i>	8,61 €
12438	Shigella, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12438 ist pro Reinkultur bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	11,91 €
12439	Vibrio cholerae, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12439 ist pro Reinkultur bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	6,08 €
12440	Yersinia, Antigen-AT, je Antiserum Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12440 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	9,19 €
12441	Ziehl-Neelsen-Färbung, je Reinkultur Reinkultur-Ausstrich; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	12,25 €

13.1.4 Bakterientoxine**12.03.13.01.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12456	Bacterium-Toxin, je Untersuchung (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Taxon-spezifisches Antitoxin, z.B. Immunchromatographie, Immunpräzipitation (z.B. Elek-Test); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das Bacterium(toxin) ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12456 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12457, 12458, 12459, 12460 oder 12461 nicht berechnungsfähig.</i>	24,30 €
12457	Bacterium-Toxin, Maus-Bioassay, je Probe und Toxin Patientenprobe (z.B. Serum, Erbrochenes), Nahrungsmittelreste; Inokulation (z.B. s.c., i.p.); Versuchstierobservierung, einschließlich Kontrollgruppe. <i>Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12457 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.</i>	26,86 €
12458	Clostridium difficile, Toxin-Immunoassay Toxinnachweis (z.B. Toxin A und/oder B); Stuhl (ungeformt, flüssig-breig); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die Leistung nach Nummer 12458 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11040 oder 12456 nicht berechnungsfähig.</i>	18,02 €
12459	Darmpathogene Escherichia coli, Toxin-Immunoassay, je Toxin Toxinnachweis (z.B. Shigatoxin, Enterotoxin); Kultur (Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die Leistung nach Nummer 12459 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.</i>	19,08 €
12460	Staphylococcus aureus, Toxin-Immunoassay, je Toxin Toxin-(Superantigen-)Nachweis (z.B. SE-Superantigen, SEI-Superantigen, Toxic-Shock-Syndrome-Toxin-1-Superantigen); z.B. Kulturüberstand, Lebensmittel, Erbrochenes, Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die Leistung nach Nummer 12460 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.</i>	33,41 €
12461	Vibrio cholerae, Toxin-Immunoassay Toxinnachweis (Choleratoxin); Kultur (Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Die Leistung nach Nummer 12461 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.</i>	33,98 €

13.1.5 Keimzahl, Hemmstofftest**12.03.13.01.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12471	Hemmstofftest z.B. Urin, Liquor, Blutkultur; beimpfter (z.B. mit Bacillus subtilis) Schwärmagar, Bebrütung; Auswertung: visuell (Hemmhof ja/nein).	4,34 €
12472	Keimzahl, Eintauchobjektträger, je Urin Urin; handelsüblicher Nährbo(ö)den-beschichteter Eintauchobjektträger, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (z.B. Bakterienzahl/ml, Abgleich mit Referenzabbildung). <i>Die Leistung nach Nummer 12472 ist auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eintauch-Nährbodenträger mit unterschiedlichen Nährböden beschichtet ist. Die Leistung nach Nummer 12472 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12473 oder 12474 nicht berechnungsfähig.</i>	3,29 €
12473	Keimzahl, Oberflächenkulturverfahren Z.B. Bronchiallavage, Urin; Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Anzahl Kolonien, Umrechnung in KBE/ml). <i>Die Leistung nach Nummer 12473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12472 oder 12474 nicht berechnungsfähig.</i>	10,09 €
12474	Keimzahl, Plattengussverfahren z.B. Bronchiallavage, Urin; Plattenguss, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Anzahl Kolonien, Umrechnung in KBE/ml). <i>Die Leistung nach Nummer 12474 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12472 oder 12473 nicht berechnungsfähig.</i>	14,16 €

13.1.6 Empfindlichkeitstestung (In-vitro-Wirkintensität von Antibiotika)**12.03.13.01.06**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12481	Agardiffusionsverfahren, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum-haltige Blättchen) Bacterium-Reinkultur (standardisiertes Inokulum); frische Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell (Hemmhof-Durchmesser); Befundung gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Wird die Leistung nach Nummer 12481 pro pathogenen Keim mehr als sechzehnmal berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12481 ist neben der Leistung nach Nummer 12482 nicht berechnungsfähig.</i>	1,07 €
12482	Break-Point-Methode, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum) Bacterium-Reinkultur (standardisiertes Inokulum); "verkürztes" Dilutionsverfahren (z.B. zwei antibiotikumspezifische Grenzkonzentrationen), Bebrütung; Auswertung: visuell (Wachstum [z.B. Trübung ja/nein, Kolonien ja/nein]); Befundung gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Die Leistung nach Nummer 12482 ist pro pathogenen Keim bis zu sechzehnmal berechnungsfähig. Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12482 ist neben der Leistung nach Nummer 12481 nicht berechnungsfähig.</i>	1,85 €
12483	Dilutionsverfahren zur MBK-Bestimmung, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum) Bacterium-Reinkultur (standardisiertes Inokulum); Mikrobouillondilution (definierte Antibiotikumkonzentrationen [z.B. geometrische Verdünnung]), fraktionierte Bebrütungszeiträume, Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell (Anzahl Kolonie-bildender Einheiten [KBE]); Befundung: Minimale bakterizide Konzentration [MBK]; gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Die Leistung nach Nummer 12483 ist pro pathogenen Keim bis zu sechzehnmal berechnungsfähig. Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben.</i>	7,39 €
12484	Dilutionsverfahren zur MHK-Bestimmung, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum) Bacterium-Reinkultur (standardisiertes Inokulum); Mikrobouillondilution oder Agardilution (definierte Antibiotikumkonzentrationen [z.B. geometrische Verdünnungsreihe]); Bebrütung; Auswertung: visuell (Wachstum [z.B. Trübung ja/nein, Kolonien ja/nein]); Befundung: Minimale Hemmkonzentration (MHK); gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Die Leistung nach Nummer 12484 ist pro pathogenen Keim bis zu sechzehnmal berechnungsfähig. Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12484 ist neben der Leistung nach Nummer 12485 nicht berechnungsfähig.</i>	5,69 €
12485	Gradientendiffusionstest (Etest) zur MHK-Bestimmung, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum) Bacterium-Reinkultur (Inokulum); Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Hemmhof, Ablesung MHK auf Plastikstreifen). <i>Die Leistung nach Nummer 12485 ist pro pathogenen Keim bis zu sechzehnmal berechnungsfähig. Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12485 ist neben der Leistung nach Nummer 12484 nicht berechnungsfähig.</i>	8,48 €

13.2 Parasiten**12.03.13.02****13.2.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial)****12.03.13.02.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12501	Entamoeba Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	11,09 €
12502	Ektoparasiten (Spinnentiere, Insekten) Artbestimmung; Feuchtkonservierung (z.B. in Ethanol), Mazeration, Eindecken, Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: visuell-deskriptiv. <i>Der untersuchte Ektoparasit ist in der Rechnung anzugeben.</i>	32,86 €
12503	Filarioidea (Filarien), Färbung Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Hämatoxylin), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	22,96 €
12504	Coccidia, Autofluoreszenz Nativmaterial; Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (z.B. Cryptosporidium parvum, Cyclospora cayetanensis, (Cysto)Isospora belli, Sarcocystis spp.). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,44 €
12505	Coccidia, Färbung Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Kinyoun-Färbung), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ (z.B. Cryptosporidium parvum, Cyclospora cayetanensis, (Cysto)Isospora belli, Sarcocystis spp.). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12505 ist nur berechnungsfähig, wenn mit der vorangegangenen Leistung nach Nummer 12504 keine Coccidia nachweisbar sind.</i>	20,44 €
12506	Giardia lamblia Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	11,08 €
12507	Leishmania, Färbung Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Giemsa), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	19,09 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12508	Microsporidia, Färbung Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Chromotropfärbung, Calcofluor), z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,32 €
12509	Parasit, IA, je Antigen Antigennachweis; Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12509 für den gleichen Parasiten die Leistung nach Nummer 12510 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	17,77 €
12510	Parasit, IFT, je Antigen Antigennachweis; Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12510 für den gleichen Parasiten die Leistung nach Nummer 12509 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung.</i>	23,69 €
12511	Parasit, Koproantigennachweis, je Untersuchung Stuhl; vorgefertigter Reagenzträger (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	15,92 €
12512	Plasmodium (Malaria), je Färbung Nativmaterial (Blutausstrich und/oder Dicker Tropfen); Färbung (z.B. Giemsa), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Parasitendichte).	21,61 €
12513	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe) Nativmaterial; Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	9,51 €
12514	Trichomonas Nativmaterial; ggf. einschließlich Färbung (z.B. Giemsa), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	6,18 €
12515	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	9,50 €

13.2.2 Anreicherung, Identifizierung**12.03.13.02.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12521	Parasit, aufwendige Anreicherung, je Untersuchung Nativmaterial; aufwendige Anreicherung (z.B. SAF-Konzentrationsverfahren, MIF-Konzentrationsverfahren, Mirazidienschlüpfverfahren, Larvenanreicherung [Baermann-Trichter]); ggf. einschließlich einfache Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12521 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12522 oder 12523 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um den gleichen Parasiten handelt.</i>	17,71 €
12522	Parasit, einfache Anreicherung, je Untersuchung Nativmaterial; einfache Anreicherung (z.B. Filtration, Sedimentation, Flotation); ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12522 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12521 oder 12523 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um den gleichen Parasiten handelt.</i>	14,39 €
12523	Parasit, quantitativer Nachweis, insgesamt je Probenmaterial z.B. 10 ml Urin, 3 g Stuhl; Spezialverfahren (z.B. Filtration und/oder Flotation); z.B. Objektträger, McMaster-Zählkammer, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: quantitativ (z.B. Schistosomaeier/ml Urin, Wurmeier/g Stuhl). <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12523 ist neben den anderen Leistungen des Abschnitts MIII 13. 2. 2 nicht berechnungsfähig.</i>	19,90 €
12524	Parasit-Färbung, aufwendig, nach Anreicherung, je Parasit Angereicherter Parasit; aufwendige Färbung (z.B. Giemsa, Grocott, Karbolfuchsin, Ziehl-Neelsen, Calcofluor); z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12524 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12521 oder 12522 berechnungsfähig, soweit dieses Vorgehen zur definitiven Parasiten- Identifizierung dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entspricht.</i>	24,36 €

13.2.3 Anzucht, Identifizierung**12.03.13.02.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12531	Angezüchteter Parasit, IA, je Antigen Antigennachweis; Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,77 €
12532	Parasit-Anzucht, je Nährmedium (Potenziell) infiziertes Probenmaterial (z.B. Liquor, Sekrete); z.B. Spezialnährmedien, Bebrütung, ggf. einschließlich Hellfeldmikroskopie; Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	17,00 €

13.3 Pilze 12.03.13.03

13.3.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial) 12.03.13.03.01

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12540	Aspergillus, IA Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor, BAL); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,81 €
12541	Candida, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12541 ist neben der Leistung nach Nummer 12542 nicht berechnungsfähig.</i>	13,59 €
12542	Candida, IA Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12542 ist neben der Leistung nach Nummer 12541 nicht berechnungsfähig.</i>	18,93 €
12543	Cryptococcus neoformans, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: quantitativ (Titer). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12543 ist neben der Leistung nach 12377 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt.</i>	13,59 €
12544	Pilz, aufwendiger Direktnachweis Nativmaterial; Probenaufbereitung: z.B. Mazeration (z.B. Kalilauge) und/oder Zentrifugation und/oder Färbung (z.B. Stilbenfarbstoff, Tusche, Lactophenol-Baumwollblau, Gram, Versilberung nach Grocott-Gomori [z.B. Pneumocystis jiroveci]); z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und der/die untersuchte(n) Pilz(e) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12544 ist neben der Leistung nach Nummer 12546 nicht berechnungsfähig.</i>	6,44 €
12545	Pilz, Direktnachweis IFT, je Antiserum Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und das/die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12545 ist bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	21,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12546	Pilz, einfacher Direktnachweis Nativmaterial (z.B. Nasspräparat), ggf. einschließlich Zerkleinerung und/oder Zentrifugation; Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und der/die untersuchte(n) Pilz(e) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12546 ist neben der Leistung nach Nummer 12544 nicht berechnungsfähig.</i>	6,32 €

Vertraulich

13.3.2 Anzucht**12.03.13.03.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12551	Pilz-Anzucht I, je Nährmedium und Bebrütungstemperatur (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Optimal-Nährmedium (z.B. supplementierter [z.B. mit Wachsstoffen] Sabouraud-Agar, Hirn-Herz-Glukose-Bouillon) und/oder Optimal-Differenzialnährmedium (z.B. supplementierter [z.B. mit Antibiotika] Sabouraud-Agar, Reis-Tween-Agar, Chrom-Agarmedium), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattensite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12551 ist pro Probenmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	6,44 €
12552	Pilz-Anzucht II, je Nährmedium und Bebrütungstemperatur (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Universal-(Standard-)Nährmedium (z.B. Sabouraud-Glukose-Agar, Sabouraud-Glukose-Bouillon), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattensite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12552 ist pro Probenmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	5,37 €
12553	Pilz-Anzucht III, je Nährmedium und Bebrütungstemperatur (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Spezialnährmedium (z.B. Harnstoffagar, Stärkeagar, Staib-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattensite“). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12553 ist pro Probenmaterial bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	7,92 €

13.3.3 Reinkultur, Identifizierung**12.03.13.03.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12561	Pilz-Identifizierung I, je Reinkultur Reinkultur; Identifizierungssystem (z.B. Streifenformat, Röhrchen): mindestens sechs Reaktionskammern oder Reaktionsröhrchen (sog. Bunte Reihe); Bebrütung; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ-codierend, apparativ-codierend; Datenbank-gestützte taxonomische Einordnung. <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	14,69 €
12562	Pilz-Identifizierung II, je Reinkultur Reinkultur; Nasspräparat, ggf. einschließlich Kultivierung (z.B. auf Reismehl-Tween-80-Agar); Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ (z.B. Mikromorphologie, Pseudomyzel, Chlamydosporen, Keimschlauchbildung). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	5,88 €
12563	Pilz-Identifizierung III, je Reinkultur Reinkultur; Pilz-spezifische Färbung(en), z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,59 €
12564	Pilz-Identifizierung IV, je Reinkultur Reinkultur; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. GC-MS, MALDI-TOF-MS); Auswertung: apparativ-systemspezifisch, Abgleich mit Referenzdatenbank. <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12564 neben den Leistungen nach den Nummern 12561, 12562, 12563, 12565, 12566 oder 12567 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	72,03 €
12565	Pilz-Identifizierung, je Reinkultur und Antiserum Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12565 neben den Leistungen nach den Nummern 12561, 12562, 12563, 12564, 12566 oder 12567 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	17,66 €
12566	Pilz-Identifizierung, je Reinkultur, je Spektroskopie Reinkultur; Fourier-Transformation-Infrarot-Spektroskopie (FT-IR-Spektroskopie); Auswertung apparativ-systemspezifisch, Datenbank-gestützt. <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12566 neben den Leistungen nach den Nummern 12561, 12562, 12563, 12564, 12565 oder 12567 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	25,33 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12567	Pilz-Identifizierung, je Reinkultur-Antigen Antigennachweis; Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird bei der gleichen Reinkultur die Leistung nach Nummer 12567 neben den Leistungen nach den Nummern 12561, 12562, 12563, 12564, 12565 oder 12566 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	17,77 €

Vertraulich

13.3.4 Empfindlichkeitstestung (In-vitro-Wirkintensität von Antimykotika)**12.03.13.03.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12571	Agardiffusionsverfahren, je Pilz und Testsubstanz (Antimycoticum-haltiges Blättchen) Reinkultur (standardisiertes Inokulum); frische Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell (Hemmhof-Durchmesser); Befundung gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben.</i>	1,08 €
12572	Dilutionsverfahren zur MHK-Bestimmung, je Pilz und Testsubstanz (Antimycoticum) Reinkultur (standardisiertes Inokulum); Mikrobouillondilution oder Agardilution (definierte Antimykotikumkonzentrationen [z.B. geometrische Verdünnungsreihe]), Bebrütung; Auswertung: visuell (Wachstum [z.B. Trübung ja/nein, Kolonien ja/nein]); Befundung: Minimale Hemmkonzentration (MHK); gemäß jeweils gültiger Regelwerke (z.B. EUCAST-NAK, CLSI). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12572 ist neben der Leistung nach Nummer 12573 nicht berechnungsfähig.</i>	5,69 €
12573	Gradientendiffusionstest (Etest), je Pilz und Testsubstanz (Antimycoticum) Reinkultur (Inokulum); Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung visuell-semiquantitativ (Hemmhof, Ablesung MHK auf Plastikstreifen). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12573 ist neben der Leistung nach Nummer 12572 nicht berechnungsfähig.</i>	10,14 €

13.4 Viren 12.03.13.04

13.4.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial) 12.03.13.04.01

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12591	Adenoviridae, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12591 ist neben der Leistung nach Nummer 12592 nicht berechnungsfähig.</i>	12,26 €
12592	Adenoviridae, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Adenoviridae, Antigen-IA.</i> <i>Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).</i> <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12592 ist neben der Leistung nach Nummer 12591 nicht berechnungsfähig.</i>	12,02 €
12593	Astrovirus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	16,72 €
12594	Cytomegalovirus-pp65-Antigen Nativmaterial (z.B. EDTA-Blut); Leukozytenisolierung (z.B. Dichtegradientenzentrifugation), Objektträger-Beladung (Zytospinzentrifugation); Taxon-spezifisches Antiserum, z.B. Hellfeldmikroskopie, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (z.B. Anzahl positiver Leukozyten/Gesamtzahl im Ausstrich). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	47,42 €
12595	Dengue-Virus, Antigen-IA Antigennachweis (z.B. NS1), ggf. einschließlich Antikörpernachweis; Nativmaterial; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Immunchromatographie (Schnelltestformat); Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	47,42 €
12596	Hepatitis-B-Virus (HBe-Antigen), Antigen-IA Antigennachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).	15,50 €
12597	Hepatitis-B-Virus (HBs-Antigen), Antigen-IA Antigennachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).	12,81 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12598	Influenza-A- und Influenza-B-Virus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Bei Typ-spezifischem Antigennachweis ist die Leistung nach Nummer 12598 zweimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12598 ist neben der Leistung nach Nummer 11043 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	13,84 €
12599	Norovirus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	21,03 €
12600	Parainfluenzavirus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.</i>	13,84 €
12601	Respiratory-Syncytial-Virus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12601 ist neben der Leistung nach Nummer 11047 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	29,24 €
12602	Rotavirus, Antigen-AT Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12602 ist neben der Leistung nach Nummer 12603 nicht berechnungsfähig.</i>	11,08 €
12603	Rotavirus, Antigen-IA Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12603 ist neben der Leistung nach Nummer 12602 nicht berechnungsfähig.</i>	12,00 €
12604	Virus-Nachweis, Antigen-IFT, je Antiserum Nativmaterial (z.B. zellhaltiges Abstrichmaterial); Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und das/die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12604 ist pro Nativmaterial bis zu achtmal berechnungsfähig.</i>	20,60 €
12605	Virus-Nachweis, EM Nativmaterial (z: B. Stuhl, Liquor, Sekret); Elektronenmikroskopie, ggf. einschließlich Immuntechniken (IEM); Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und das/die untersuchte(n) Virus/Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	144,28 €

13.4.2 Anzucht**12.03.13.04.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12611	Virus-Anzucht, je Zellkultur/Zelllinie Nachweis Taxon-spezifischer zytopathischer Effekte; Nativmaterial (z.B. Bläschensekret, Abstrichmaterial); Taxon-geeignete Zellart (z.B. unterschiedliche primäre oder sekundäre Zellkultur[en], Zelllinie[n]); Bebrütung, einschließlich Kontrollkulturen, einschließlich mikroskopischer Kontrollen. <i>Das/Die Probenmaterial(ien) und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12611 ist pro Probenmaterial bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	22,59 €
12612	Virus-Zentrifugationskultur (Shell-Vial-Assay), Erstansatz, insgesamt Antigennachweis, Antigenidentifizierung; Nativmaterial; „Auf-Zentrifugation“ (z.B. 45 Minuten bei 700 x g), Deckglas-Zellkulturen, Bebrütung; bis zu drei Taxon-spezifische Antiseren (Erstansatz), z.B. Immunfluoreszenzmikroskopie, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und das/die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	58,45 €
12613	Virus-Zentrifugationskultur (Shell-Vial-Assay), je weiteres Taxon-spezifisches Antiserum Antigennachweis, Antigenidentifizierung; weitere Taxon-spezifische Antiseren, z.B. Immunfluoreszenzmikroskopie, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das untersuchte Nativmaterial und das/die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12613 ist pro Probenmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12613 ist nur berechnungsfähig (sog. Folgeansatz/Folgeansätze), wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12612 Viren angezüchtet wurden.</i>	22,68 €

13.4.3 Identifizierung**12.03.13.04.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12621	Virus-Identifizierung, AT, je Zellkultur Antigennachweis/-identifizierung; (potenziell) infizierte Zellkultur; z.B. Hämaporption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung; Auswertung: visuell-qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Virus/Viren und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12621 ist nur berechnungsfähig, wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12611 Viren angezüchtet wurden. Neben der Leistung nach Nummer 12621 ist für das gleiche Virus nur noch eine weitere Leistung des Abschnitts M III.13.04.03 berechnungsfähig.</i>	12,49 €
12622	Virus-Identifizierung, EM, je Zellkultur (Potenziell) infizierte Zellkultur; Elektronenmikroskopie, ggf. einschließlich Immuntechniken (IEM); Auswertung qualitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Virus/Viren und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12622 ist nur berechnungsfähig, wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12611 Viren angezüchtet wurden. Neben der Leistung nach Nummer 12622 ist für das gleiche Virus nur noch eine weitere Leistung des Abschnitts M III.13.04.03 berechnungsfähig.</i>	144,28 €
12623	Virus-Identifizierung, IA, je Zellkultur und Antiserum Antigennachweis/-identifizierung; (potenziell) infizierte Zellkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12623 ist pro Zellkultur/Zelllinie bis zu fünfmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12623 ist nur berechnungsfähig, wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12611 Viren angezüchtet wurden. Neben der Leistung nach Nummer 12623 ist für das gleiche Virus nur noch eine weitere Leistung des Abschnitts M III.13.04.03 berechnungsfähig.</i>	20,78 €
12624	Virus-Identifizierung, IFT, je Zellkultur und Antiserum Antigennachweis/-identifizierung; (potenziell) infizierte Zellkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12624 ist pro Zellkultur/Zelllinie bis zu achtmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12624 ist nur berechnungsfähig, wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12611 Viren angezüchtet wurden. Neben der Leistung nach Nummer 12624 ist für das gleiche Virus nur noch eine weitere Leistung des Abschnitts M III.13.04.03 berechnungsfähig.</i>	23,69 €
12625	Virus-Identifizierung, Neutralisationstest, je Zellkultur und Antiserum (Potenziell) infizierte Zellkultur; Neutralisationstest; Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ (Aufhebung des zytopathischen Effekts ja/nein). <i>Das/Die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren und die Zellkultur(en)/Zelllinie(n) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12625 ist nur berechnungsfähig, wenn zuvor mit der Leistung nach Nummer 12611 Viren angezüchtet wurden. Neben der Leistung nach Nummer 12625 ist für das gleiche Virus nur noch eine weitere Leistung des Abschnitts M III.13.04.03 berechnungsfähig.</i>	45,18 €

13.5 Nachweis, Identifizierung, Empfindlichkeitstestung automatisiert**12.03.13.05**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12631	Bacterium-Anzucht, Blutkultursystem automatisiert, je Flasche (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Flüssignährmedium in Flaschen (z.B. aerob, anaerob); Gerätebeschickung (standardisiert); apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch. <i>Die Leistung nach Nummer 12631 ist pro Blutentnahmezeitpunkt bis zu sechsmal berechnungsfähig.</i>	10,35 €
12632	Bacterium-Empfindlichkeitstestung, automatisiert, je Reinkultur und Antibiogramm Reinkultur (Inokulum); Gerätebeschickung (standardisiert), apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert (z.B. EUCAST). <i>Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12632 für die gleiche Reinkultur Leistungen des Abschnitts M III.13.01.06 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	13,43 €
12633	Bacterium-Nachweis/-Identifizierung, automatisiert, je Untersuchung Nachweis (z.B. Blutkultur) und/oder Identifizierung (z.B. Reinkultur); Gerätebeschickung (standardisiert), apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Das/Die nachgewiesene(n) und/oder identifizierte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12633 für das gleiche Probenmaterial Leistungen des Abschnitts M III.13.01.03 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,52 €
12634	Mycobacterium-Empfindlichkeitstestung, automatisiert, je Tuberkulostatikum und Konzentration Reinkultur (Inokulum); Flüssigmedien mit Tuberkulostatikum angereichert; Gerätebeschickung (standardisiert), apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert (z.B. EUCAST). <i>Die Leistung nach Nummer 12634 ist bis zu achtmal berechnungsfähig. Wird neben der Leistung nach Nummer 12634 für die gleiche Reinkultur Leistungen des Abschnitts M III.13.01.06 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	15,76 €
12635	Mycobacterium-Nachweis, automatisiert, je Nachweis (Potenziell) infiziertes Probenmaterial, ggf. einschließlich Probenaufbereitung; Gerätebeschickung, apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert. <i>Das/Die untersuchte(n) Probenmaterial(ien) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	34,12 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12636	Pilz-Empfindlichkeitstestung, automatisiert, je Reinkultur und Antibiotogramm Reinkultur (Inokulum); Gerätebeschickung (standardisiert), apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert (z.B. EUCAST). <i>Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12636 für die gleiche Reinkultur Leistungen des Abschnitts M III.13.03.04 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	14,85 €
12637	Pilz-Nachweis/Identifizierung, automatisiert, je Untersuchung Nachweis (z.B. Blutkultur) und/oder Identifizierung (z.B. Reinkultur); Gerätebeschickung (standardisiert), apparative, zeitlich eng getaktete Wachstumsmessung (z.B. Substratverbrauch, Trübung, Reaktionsprodukte); Auswertung: apparativ-systemspezifisch-regelbasiert. <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Der/Die nachgewiesene(n) und/oder identifizierte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Wird neben der Leistung nach Nummer 12637 für die gleiche Reinkultur Leistungen des Abschnitts M III.13.01.6 durchgeführt und berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	21,34 €

14. Proteine, Peptide, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren, Porphyrine**12.03.14****Allgemeine Bestimmungen**

Die Bestimmung der in den Leistungslegenden der Abschnitte M III.14.01, M III.14.02 und M III.14.03 genannten Proteine, Peptide, Aminosäuren und Porphyrine ist grundsätzlich mit der/den in der jeweiligen Leistungslegende geforderten Methode(n) durchzuführen und abzurechnen. Wird vom Vorgehen gemäß Satz 1 abgewichen, bedarf dies einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

14.1 Proteine, Peptide, Aminosäuren**12.03.14.01****14.1.1 Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion (IIR)****12.03.14.01.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12651	Albumin Serum oder Plasma; Urin (z.B. Nachweis Mikroalbuminurie), Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion); Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius). <i>Die Leistung nach Nummer 12651 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11051 oder 11741 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	6,73 €
12652	Alpha-1-Antitrypsin (Alpha-1-Proteinaseinhibitor) Serum oder Plasma, Stuhl; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	12,91 €
12653	Alpha-1-Mikroglobulin Urin; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,13 €
12654	Alpha-2-Makroglobulin Serum oder Plasma, Urin; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	9,49 €
12655	Coeruloplasmin Serum oder Plasma, Ejakulat; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	12,62 €
12656	C-reaktives Protein (CRP) oder hochsensitives C-reaktives Protein (hs-CRP) Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, ggf. einschließlich Latexpartikel-Verstärkung; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12656 ist neben der Leistung nach Nummer 11002 nicht berechnungsfähig.</i>	8,36 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12657	Cystatin C Abklärung leichte bis mäßige Nierenfunktionseinschränkung; Serum oder Plasma; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,53 €
12658	Fibronectin Aszites; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,09 €
12659	Hämopexin Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	15,41 €
12660	Haptoglobin Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	8,65 €
12661	Immunglobulin A (IgA) Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,58 €
12662	Immunglobulin D (IgD) Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,58 €
12663	Immunglobulin G (IgG) Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,58 €
12664	Immunglobulin M (IgM) Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	8,58 €
12665	Immunglobulin-A-Subklassen, je Subklasse Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,02 €
12666	Immunglobulin-G-Subklassen, je Subklasse Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,02 €
12667	Immunglobulin-Leichtketten, freie (Typ Kappa, Lambda), je Leichtkettentyp Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	12,42 €
12668	Präalbumin Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	11,39 €

14.1.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.14.01.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12691	Alpha-Fetoprotein (AFP) Serum oder Plasma, Exsudate (z.B. Aszites), Liquor, Fruchtwasser; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	10,52 €
12692	Beta-2-Mikroglobulin Serum oder Plasma, Liquor, Exsudate (z.B. Pleuraerguss); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	12,50 €
12693	Beta-Defensin 2 Abklärung chronisch-entzündliche Darmerkrankungen; Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,03 €
12694	B-Typ-natriuretisches Peptid (Brain-natriuretisches Peptid; BNP und/oder NT-Pro-BNP) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12694 ist neben der Leistung nach Nummer 11001 nicht berechnungsfähig.</i>	30,73 €
12695	Carboxyterminale, quervernetzte Typ-I-Kollagen-Telopeptide (CTX, β-Crosslaps) Abklärung Osteoporose; Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12695 ist neben der Leistung nach Nummer 12766 nicht berechnungsfähig.</i>	31,96 €
12696	Cyclisches Adenosinmonophosphat (cAMP) Abklärung PTH-Resistenz; z.B. EDTA-Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	28,74 €
12697	Eosinophiles cationisches Protein (ECP) Verlaufsbeurteilung allergischer Erkrankungen (z.B. im Rahmen einer Hyposensibilisierung); Blut, spezielle Probenaufbereitung; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,48 €
12698	Homocystein, IA z.B. EDTA-Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12698 ist neben der Leistung nach Nummer 12759 nicht berechnungsfähig.</i>	34,16 €
12699	Immunglobulin E (IgE), gesamt Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	12,92 €
12700	Insulin-Like-Growth-Factor (IGF-I, Somatomedin C) Serum oder Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,06 €
12701	Insulin-Like-Growth-Factor-Binding-Protein-3 (IGFBP 3) Abklärung unklarer IGF-1-Befunde; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	31,93 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12702	Mittregionales pro-atriales natriuretisches Peptid (MR-Pro-ANP) Abklärung Herzinsuffizienz; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12702 ist nur berechnungsfähig, wenn die zur Abklärung einer Herzinsuffizienz durchgeführte Leistung nach Nummer 12694 allein nicht ausreicht, die zugrunde liegende Fragestellung erschöpfend zu beantworten.</i>	30,73 €
12703	Neopterin, IA Serum oder Plasma, Urin, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12703 ist neben der Leistung nach Nummer 12762 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	20,30 €
12704	Neutrophilen-Gelatinase-assoziiertes Lipocalin (NGAL) Abklärung akuter Nierenschaden (ANS); Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,15 €
12705	Osteocalcin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12705 ist neben der Leistung nach Nummer 12934 nicht berechnungsfähig.</i>	34,29 €
12706	PAPP-A (Pregnancy-Associated-Plasma-Protein-A) Schwangeren-Screening auf Chromosomenanomalie (z.B. Trisomien); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,15 €
12707	Procalcitonin Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12707 ist neben der Leistung nach Nummer 12763 nicht berechnungsfähig.</i>	27,73 €
12708	Prokollagen-III-Peptid (P-III-P) Abklärung Leberzirrhose; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	30,26 €
12709	Prokollagen-I-N-terminales Propeptid (PINP) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	34,89 €
12710	S100-Protein Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	37,46 €
12711	Sexualhormon-bindendes Globulin (SHBG) Abklärung unklare Testosteron-Werte; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	17,47 €
12712	Thyreoglobulin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, ggf. einschließlich Bestätigungstest (Wiederfindung); Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,39 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12713	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,34 €
12714	Troponin (T oder I) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12714 ist neben der Leistung nach Nummer 11016 nicht berechnungsfähig.</i>	10,74 €
12715	Zonulin Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12715 ist neben der Leistung nach Nummer 12090 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	29,03 €
12716	Zytokine, lösliche Zytokinrezeptoren, je Zytokin(-rezeptor) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Zytokin(e) bzw. der/die lösliche(n) Zytokinrezeptor(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	32,57 €

14.1.3 Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion (IIR) oder Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.14.01.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12741	Ferritin Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	9,50 €
12742	Immunglobulin A, sekretorisch z.B. Speichel, Tränenflüssigkeit, Stuhl (Darmsaft); z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius).	13,02 €
12743	Löslicher Transferrinrezeptor (sTfR) Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,08 €
12744	Myoglobin Serum oder Plasma, Urin; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,02 €
12745	Serum-Amyloid A (SAA) Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,08 €

14.1.4 Methoden, sonstige

12.03.14.01.04

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12756	Aminosäuren-Differenzierung, quantitativ, je Chromatogramm Abklärung angeborene Stoffwechseldefekte; Serum oder Plasma, Urin; z.B. Ionenaustauschchromatographie einschließlich Spektralphotometrie, Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das untersuchte Aminosäureprofil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12756 ist neben der Leistung nach Nummer 12764 nicht berechnungsfähig.</i>	24,29 €
12757	Carbohydrate-deficient Transferrin (CDT), insgesamt Serum; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, ggf. einschließlich Latexpartikel-Verstärkung; Drei-Schritt-Assay (Sättigung, Trennung [z.B. HPLC, Kapillarelektrophorese, isoelektrische Fokussierung, Mikrosäulen-Chromatographie], Quantifizierung), einschließlich Transferrinbestimmung; Auswertung: apparativ-quantitativ (% CDT). <i>Die CDT-Bestimmung ist ausschließlich nach Nummer 12757 berechnungsfähig.</i>	36,76 €
12758	Fibronectin, fetales Abklärung drohende Frühgeburt; Zervikovaginalsekret; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Abklärung: visuell-qualitativ.	16,99 €
12759	Homocystein, HPLC z.B. EDTA-Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12759 ist neben der Leistung nach Nummer 12698 nicht berechnungsfähig.</i>	24,46 €
12760	Kryoglobulin Blut, spezielle Probenaufbereitung (z.B. 37° C); graduiertes Spitzröhrchen, Kälteexposition (z.B. 72 Std. bei 4°C); Auswertung: Ablesung Kryokrit (%). <i>Bei Differenzierung zwischen Kryoglobulin und Kryofibrinogen ist die Leistung nach Nummer 12760 zweimal berechnungsfähig. Wird das Kryoglobulin mittels Proteinbestimmung quantifiziert, so ist neben der Leistung nach Nummer 12760 zusätzlich die Leistung nach Nummer 11064 berechnungsfähig.</i>	6,04 €
12761	Kryoglobulin-Differenzierung, je Antiserum Blut, spezielle Probenaufbereitung (z.B. 37°C); Kälteexposition (z.B. 72 Std. bei 4°C); Kryoglobulinpräzipitat auflösen, Immunfixations-Elektrophorese, Antigen-Antikörper-Komplexierung und -Fixierung, Färbung; Auswertung: visuell (Bandenmuster). <i>Die Leistung nach Nummer 12761 ist bis zu fünfmal berechnungsfähig.</i>	18,04 €
12762	Neopterin, HPLC Serum oder Plasma, Urin, Liquor; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12762 ist neben der Leistung nach Nummer 12703 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	22,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12763	Procalcitonin, ST Serum oder Plasma; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-semiquantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12763 ist neben der Leistung nach Nummer 12707 nicht berechnungsfähig.</i>	18,45 €
12764	Protein- und/oder Peptid- und/oder Aminosäure-Spektrum, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Urin; einzelne Messgröße oder Profil; (Hochdruck-)Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. [HP]LC-MS, [HP]LC-MS/MS, HPLC-MS-TOF); Detektion: apparativ (Chromatogramm); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Die untersuchten Proteine, Peptide und/oder Aminosäuren sind in der Rechnung anzugeben. Neben dem Nachweis von Proteinen, Peptiden und/oder Aminosäuren nach Nummer 12764 sind die gleichen Proteine, Peptide und/oder Aminosäuren als jeweilige Leistung der Abschnitte M III.14.01 oder M III.14.02 nicht berechnungsfähig.</i>	72,03 €
12765	Protein, gesamt Liquor, Punktate, Urin, ggf. einschließlich Anreicherung; Photometrie (z.B. Kolorimetrie [z.B. Biuretreaktion], Turbidimetrie [z.B. Trichloressigsäurefällung]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	2,21 €
12766	Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin Abklärung Osteoporose; Urin (z.B. erster Morgenurin); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12766 ist neben der Leistung nach Nummer 12695 nicht berechnungsfähig.</i>	27,30 €

14.2 Elektrophoreseverfahren**12.03.14.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12781	Gel-Elektrophorese, einschließlich Immunreaktion (Western-Blotting) z.B. 14-3-3-Proteine im Liquor; (SDS-)Gel-Elektrophorese, Proteintransfer (z.B. Elektroblothing), Antigen-Antikörper-Komplexierung, -Fixierung, Bandendetektion (z.B. Farbreaktion); Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Densitometer, Luminometer. <i>Die Leistung nach Nummer 12781 ist für den Nachweis von Autoantikörpern sowie Antikörpern der Infektionsserologie (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren) nicht berechnungsfähig.</i>	37,13 €
12782	Immunelektrophorese, je Ansatz Serum, einschließlich Kontrollserum; Elektrophorese mit anschließender Immundiffusion (z.B. nach Grabar und Williams); Auswertung: visuell-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12782 ist bis zu siebenmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12782 ist neben der Leistung nach Nummer 12783 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	19,13 €
12783	Immunfixations-Elektrophorese, je Antiserum Serum, Urin; Elektrophorese, Antigen-Antikörper-Komplexierung und -Fixierung, Färbung; Auswertung: visuell-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12783 ist bis zu siebenmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12783 ist neben der Leistung nach Nummer 12782 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	16,40 €
12784	Isoelektrische Fokussierung, je Probenmaterial Serum oder Plasma (z.B. Alpha-1-Antitrypsin-Phänotypisierung, Apo-E-Phänotypisierung), Liquor (oligoklonale IgG-Banden [z.B. Abklärung intrathekale IgG-Synthese]); Isoelektrische Fokussierung, ggf. einschließlich Antigen-Antikörper-Komplexierung und -Fixierung, Bandendetektion (z.B. Blotting) und/oder Färbung (z.B. Coomassie-Färbung, Silberfärbung); Auswertung: visuell-deskriptiv.	30,68 €
12785	Kapillarelektrophorese, je Probenmaterial z.B. Peptigemisch, Metabolite; Kapillarelektrophorese, Detektion (z.B. UV-Laser, gepulste Laser-Fluorimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ (Densitogramm). <i>Die Leistung nach Nummer 12785 ist neben der Leistung nach Nummer 12787 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt. Die Leistung nach Nummer 12785 ist nicht berechnungsfähig, wenn Serum entsprechend der konventionellen Serum-Elektrophorese nach Nummer 11080 untersucht werden soll.</i>	13,31 €
12786	Protein-(Urin-)Elektrophorese Abklärung monoklonale Gammopathie (Bence-Jones-Proteinurie); Urin, ggf. einschließlich Einengung; Träger (z.B. Zelluloseazetat), Färbung, Elektropherogramm (z.B. Densitometrie); Auswertung: visuell-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12786 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12785 oder 12787 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	18,25 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12787	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese (SDS-PAGE, Disk-Elektrophorese) z.B. Protein-Ausscheidungsmuster im Urin, ggf. einschließlich Einengung, z.B. Azetylcholinesterase-Nachweis im Fruchtwasser; SDS: Sammelgel, Trenngel; Färbung; Auswertung: z.B. visuell-deskriptiv; apparativ-quantitativ (Densitogramm). <i>Die Leistung nach Nummer 12787 ist neben der Leistung nach Nummer 12785 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	21,20 €

Vertraulich

14.3 Porphyrine**12.03.14.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12796	Delta-Aminolävulinsäure (5-Aminolävulinsäure, ALS, ALA) Spontanurin, 24-Std.-Urin; Säulenchromatographie (z.B. Ionenaustauschchromatographie), einschließlich Spektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	26,17 €
12797	Gesamt-Porphyrine z.B. Spontanurin, Stuhl, Erythrozyten(-Hämolysat), ggf. einschließlich Probenaufbereitung; Spektrometrie (Fluorimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12797 ist neben der Leistung nach Nummer 12800 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	15,68 €
12798	Plasma-Porphyrine Plasma; Fluoreszenzemissionsscanning; Auswertung: apparativ-(semi-)quantitativ.	21,55 €
12799	Porphobilinogen (PBG) Spontanurin, 24-Std.-Urin; Säulenchromatographie (z.B. Ionenaustauschchromatographie) einschließlich Spektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,35 €
12800	Porphyrinprofil Porphyrimetaboliten-Profil, ggf. einschließlich Gesamt-Porphyrine; z.B. Urin (z.B. Spontanurin), Stuhl, Plasma, Erythrozyten(-Hämolysat), ggf. einschließlich Probenaufbereitung; z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC) einschließlich Spektrometrie (Fluorimetrie), z.B. Dünnschichtchromatographie, einschließlich Fluorimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (mindesten drei Metaboliten). <i>Die Leistung nach Nummer 12800 ist neben der Leistung nach Nummer 12797 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	23,94 €

15. Sekrete, Liquor, Konkreme, Synovia**12.03.15**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12811	Beta-Amyloid-Peptide (Aβ1-42, Aβ1-40), je Peptid Abklärung demenzieller Erkrankungen; Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	41,48 €
12812	Beta-Trace-Protein Nachweis Liquorrhoee; Nasen- oder Ohrsekret; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,99 €
12813	Sekret z.B. Cervix uteri; Nasspräparat oder Lufttrocknung; Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung qualitativ (z.B. Farnkrautphänomen). <i>Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12813 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11035 oder 11038 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	5,90 €
12814	Spermauntersuchung (Spermiogramm), insgesamt Ejakulat; Untersuchungen: Menge, pH; Nativpräparate: Spermienkonzentration, gesamte Spermienzahl, Spermien-Motilität [3 Bewegungskategorien], ggfs. einschließlich Vitalität [z.B. Eosin-Test, HOS-Test], Spermien-Agglutinationen [4 Schweregrade], Ausstrichpräparate: Spermien-Morphologie [Ausstrich, z.B. Färbung nach Papanicolaou], ggfs. einschließlich Leukozytennachweis (POX-Nachweis); Auswertung: quantitativ (Spermiogramm). <i>Die Leistung nach Nummer 12814 ist neben der Leistung nach Nummer 11829 nicht berechnungsfähig.</i>	40,01 €
12815	Spermien-Antikörper (IgG, IgA), je Immunglobulin Mixed-Antiglobulin-Reaktion-Test (MAR-Test); Ejakulat; IgG- oder IgA-beschichtete Latexpartikel, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: visuell (% Latexpartikel-tragende motile Spermien).	19,88 €
12816	Spermien-Funktionstest, je Test Spezielle Spermienmotilitätstests (z.B. Waschung, Swim-up-Test, Percoll-Gradientenzentrifugation, Interaktionstests [z.B. Zona-pellucida-basiert]; Auswertung: testspezifisch, ggf. Computer-assistiert (z.B. Selektionsparameter für IUI, IVF).	21,84 €
12817	Spermien-Penetrationstest, je Test z.B. In-vivo-(Postkoital-)Test, einfacher In-vitro-Objekträger-Test, Kapillar-Test; Objekträger, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: quantitativ-deskriptiv (z.B. Spermien-Motilität).	20,65 €
12818	Steinanalyse, IR z.B. Harnstein, einschließlich Probenaufbereitung; Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ (Zusammensetzung [%]). <i>Die Leistung nach Nummer 12818 ist neben der Leistung nach Nummer 12819 nicht berechnungsfähig.</i>	22,97 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12819	Steinanalyse, RD z.B. Harnstein einschließlich Probenaufbereitung; Röntgendiffraktion; Auswertung: apparativ-quantitativ (Zusammensetzung [%]). <i>Die Leistung nach Nummer 12819 ist neben der Leistung nach Nummer 12818 nicht berechnungsfähig.</i>	35,38 €
12820	Synovia, mikroskopisch Untersuchung auf Kristalle, ggf. einschließlich Ragozyten, LE-Zellen; Nativmaterial; Nasspräparat, z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12820 ist neben der Leistung nach Nummer 11036 nicht berechnungsfähig.</i>	6,93 €
12821	Synovia, physikochemisch Nativmaterial; Untersuchungen: Volumen, Farbe, Klarheit, Viskosität (z.B. Rotationsviskosimeter), pH; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ-deskriptiv (z.B. Aussehen), apparativ-quantitativ (z.B. Volumen, Viskosität). <i>Die Leistung nach Nummer 12821 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11828 oder 11829 nicht berechnungsfähig.</i>	16,18 €
12822	Tau-Proteine (Gesamt-[t-]Tau, phosphoryliertes [p-]TauThr181), je Protein Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Tau-Protein(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	38,24 €
12823	Zellausstrich Liquor, Synovia, ggf. einschließlich Zytozentrifugation; Färbung (z.B. nach Pappenheim), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ-deskriptiv. <i>Die Leistung nach Nummer 12823 ist neben der Leistung nach Nummer 11035 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	9,20 €
12824	Zellzahl (Leukozytenzahl) Liquor, Synovia, einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Lyse); Zählkammer, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: Zellzahl/ μ l. <i>Die Leistung nach Nummer 12824 ist zweimal berechnungsfähig, wenn die Zellzahl vor und nach Lysierung der Erythrozyten bestimmt wird.</i>	6,10 €

16. Spurenelemente, Schwermetalle, Vitamine**12.03.16****Allgemeine Bestimmungen**

1. Werden bezüglich der gleichen Patientenprobe mehr als fünf Leistungen des Abschnitts M III.16 parallel berechnet, bedarf dieses Vorgehen einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinische Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.
2. Die Bestimmung der in den Leistungslegenden der Abschnitte M III.16.01, M III.16.02, M III.16.03 und M III.16.04 genannten Spurenelemente, Schwermetalle und Vitamine ist grundsätzlich mit der/den in der jeweiligen Leistungslegende geforderten Methode(n) durchzuführen und abzurechnen. Wird vom Vorgehen gemäß Satz 1 abgewichen, bedarf dies einer auf den jeweiligen Fall bezogenen medizinischen Begründung, unter Zitierung von dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechenden Empfehlungen (z.B. AWMF-Leitlinien, Consensus-Papiere). Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.

16.1 Atomabsorptionsspektrometrie**12.03.16.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12836	Aluminium Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Dialysat; z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12837	Arsen Vollblut (antikoaguliert), Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. Hydrid-generierende Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,41 €
12838	Blei Vollblut (antikoaguliert), Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12839	Cadmium Vollblut (antikoaguliert), Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12840	Chrom Vollblut (antikoaguliert), Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12841	Eisen, AAS z.B. Leberstanze; z.B. Flammen-Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12841 ist neben der Leistung nach Nummer 11062 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	23,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12842	Gold Therapieüberwachung rheumatoide Arthritis; Blut (z.B. Serum); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12843	Kobalt Abklärung berufliche Exposition (z.B. Glas-, Keramik-, Zementindustrie, Hartmetallherstellung); Vollblut (antikoaguliert), Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12844	Kupfer, AAS Abklärung M. Wilson; Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Speichel, Leberstanze; z.B. Flammen-Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12844 ist neben der Leistung nach Nummer 12901 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	23,22 €
12845	Magnesium, AAS Serum oder Plasma, Urin; z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12845 ist neben der Leistung nach Nummer 11077 nicht berechnungsfähig.</i>	23,22 €
12846	Mangan Abklärung berufliche Exposition (z.B. Metallverarbeitende Industrie, Glas- und Keramikindustrie, Lacke- und Farbenindustrie, Düngemittel- und Batterie-Herstellung); z.B. Vollblut (antikoaguliert), Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12847	Nickel Abklärung berufliche Exposition (Nickelstäube, -salze); Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12848	Quecksilber Vollblut (antikoaguliert), Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Speichel; z.B. Kaltdampf-Atomabsorptionsspektrometrie, elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12849	Selen Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €
12850	Thallium Vollblut (antikoaguliert), Serum, Urin (z.B. 24-Std.-Urin); z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,22 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12851	Zink Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Ejakulat; z.B. Flammen-Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12851 ist neben der Leistung nach Nummer 12906 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	23,22 €

Vertraulich

16.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC)**12.03.16.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12861	Beta-Carotin Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,97 €
12862	25-Hydroxy-Vitamin-D (25[OH]D), HPLC Serum oder Plasma; 25(OH)D3 und/oder 25(OH)D2; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12862 ist neben der Leistung nach Nummer 12885 nicht berechnungsfähig.</i>	23,92 €
12863	Iod Abklärung Iodkontamination; Spontanurin; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,46 €
12864	Pantothensäure, HPLC Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,51 €
12865	Vitamin A und/oder Vitamin E Serum oder Plasma, Erythrozyten (z.B. Hämolysat); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	20,55 €
12866	Vitamin B1 Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,11 €
12867	Vitamin B6 z.B. Serum oder Plasma, Erythrozyten (z.B. Hämolysat); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,14 €
12868	Vitamin C Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,31 €
12869	Vitamin K Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,72 €

16.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)**12.03.16.03**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12881	Biotin (Vitamin H) z.B. Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,33 €
12882	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-[OH]2D) Serum oder Plasma; 1,25(OH)2D3 und/oder 1,25(OH)2D2; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, ggf. einschließlich vorangehender Chromatographie (z.B. HPLC) oder Extraktion (z.B. Minisäulenextraktion); Auswertung: apparativ-quantitativ.	65,62 €
12883	Folsäure (Folat) Serum oder Plasma, Erythrozyten (z.B. Hämolysat); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,43 €
12884	Holotranscobalamin (HoloTC)S Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	34,39 €
12885	25-Hydroxy-Vitamin D (25[OH]D), IA Serum oder Plasma; 25(OH)D3 und/oder 25(OH)D2; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12885 ist neben der Leistung nach Nummer 12862 nicht berechnungsfähig.</i>	21,49 €
12886	Vitamin B12 Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	14,16 €

16.4 Methoden, sonstige**12.03.16.04**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12900	Carnitin, freies und/oder gesamt Abklärung Mangelzustände (z.B. Azoospermie); Serum oder Plasma, Ejakulat, Biopsiematerial, Urin; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Chromatographie (z.B. HPLC, ggf. einschließlich Massenspektrometrie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,46 €
12901	Kupfer, photometrisch Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12901 ist neben der Leistung nach Nummer 12844 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	2,52 €
12902	Methylmalonsäure Serum oder Plasma, Urin; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS), mit vorgeschalteter Probenreinigung (Säulenchromatographie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	48,98 €
12903	Pantothensäure, GC-MS Serum oder Plasma, Urin; Gaschromatographie-Massenspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	48,98 €
12904	Spurenelement- und/oder Vitamin-Spektrum, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Urin; einzelne Messgröße oder Profil; z.B. (Hochdruck-)Flüssigkeitschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. [HP]LC-MS, [HP]LC-MS/MS, HPLC-MS-TOF), Induktiv-gekoppeltes-Plasma-(ICP-)Massenspektrometrie (MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Spurenelement(e) und/oder Vitamin(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Neben dem Nachweis von Spurenelementen und/oder Vitaminen nach Nummer 12904 sind die gleichen Spurenelemente und/oder Vitamine als jeweilige Leistung der Abschnitte M III.16.01, M III.16.02, M III.16.03 oder M III.16.04 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12904 ist neben der Leistung nach Nummer 12905 nicht berechnungsfähig, wenn es sich um den Nachweis von Spurenelementen handelt.</i>	72,03 €
12905	Spurenelement-Spektrum, ICP-AES, je Untersuchung (Spektrum) Serum oder Plasma, Urin; Einzelelement- (z.B. Blei) oder Multielementanalytik; Induktiv-gekoppeltes-Plasma-(ICP-)Atomemissionsspektrometrie (AES); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchte(n) Spurenelement(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben. Neben dem Nachweis von Spurenelementen nach Nummer 12905 sind die gleichen Spurenelemente als jeweilige Leistung des Abschnitts M III.16.01 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12905 ist neben der Leistung nach Nummer 12904 nicht berechnungsfähig, wenn es sich um den Nachweis von Spurenelementen handelt.</i>	72,03 €
12906	Zink, photometrisch Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Ejakulat; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12906 ist neben der Leistung nach Nummer 12851 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.</i>	11,61 €

17. Stoffwechselendprodukte, Enzyme**12.03.17**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12921	Ammoniak (NH₄⁺) Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Potenziometrie (Ammoniak-spezifische Elektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ.	12,02 €
12922	Angiotensin-I-Converting-Enzyme (Angiotensin-I-Convertase, ACE) Serum oder Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Radioaktivitätsmessung (radioaktiv markierte Reaktion), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,05 €
12923	Beta-Hydroxybutyrat Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12923 ist neben der Leistung nach Nummer 11012 nicht berechnungsfähig.</i>	14,93 €
12924	Bilirubin, Fruchtwasser Abklärung Risiko-Schwangerschaft; Fruchtwasser, einschließlich Zentrifugation; Spektralphotometrie (z.B. 450 nm, relative Absorption); Auswertung: quantitativ (z.B. Diagramm nach Liley).	15,71 €
12925	Citrat Ejakulat, Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	18,35 €
12926	Creatinkinase-MB (CK-MB-Masse) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12926 ist neben der Leistung nach Nummer 11061 nicht berechnungsfähig.</i>	6,48 €
12927	Diaminoxidase (DAO) Abklärung Histamin-Intoleranz; Serum oder Plasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, DAO-Aktivitätsmessung (radioaktiv markierte Reaktion, REA); Auswertung: apparativ-quantitativ.	35,68 €
12928	Erythrozytenenzym-Defekte, je Enzym z.B. Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase, Hexokinase, Glutathionreduktase; Hämolysat; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,35 €
12929	Gallensäuren z.B. Serum oder Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,65 €
12930	Glutamatdehydrogenase (GLDH) Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	2,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12931	Granulozyten-Elastase (PMN-Elastase) z.B. Abklärung chronisch entzündliche Darmerkrankung, Abklärung männliche Infertilität bei unauffälligem Hormonstatus; Stuhl, Ejakulat; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12931 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742, 11743 oder 11746 nicht berechnungsfähig.</i>	22,88 €
12932	Hämbiosynthese-Enzyme, je Enzym z.B. Uroporphyrinogen-Decarboxylase, Porphobilinogen-Desaminase, Protoporphyrinogen-Oxidase, Ferrochelatase, Delta-Aminolävulinsäure-Dehydratase; z.B. Erythrozyten (Hämolysat); Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,35 €
12933	Isoenzyme, Makroenzyme, je Enzym Serum, ggf. einschließlich Fällung; Elektrophorese (z.B. Agarosegel), Bandendetektion (z.B. enzymatische Reaktion mit nachfolgender Fluoreszenzdetektion); Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ (z.B. Knochen-AP), visuell-semiquantitativ (z.B. LDH-Isoenzyme). <i>Die untersuchten Isoenzyme sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,96 €
12934	Knochenspezifische alkalische Phosphatase (Knochen-AP) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12934 ist neben der Leistung nach Nummer 12705 nicht berechnungsfähig.</i>	42,72 €
12935	Kohlenhydrate-/Fettsäuren-Intermediärstoffwechsel-Enzyme, je Enzym Abklärung angeborene Stoffwechselanomalien (z.B. Alpha-Glukosidase, Beta-Galaktosidase, Biotinidase, Phosphomannomutase); z.B. Serum oder Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,56 €
12936	Laktat Vollblut (antikoaguliert), Plasma, Liquor; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Amperometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	10,01 €
12937	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient) Abschätzung Lungenreife; Fruchtwasser, einschließlich Zentrifugation; Dünnschichtchromatographie, einschließlich vorangehender Extraktion und Präzipitation, Visualisierung: z.B. Färbung, oxidative Veraschung; Auswertung: Densitometrie (L/S-Ratio).	26,39 €
12938	Lysozym z.B. Serum, Urin, Liquor, Stuhl; z.B. Turbidimetrie, Nephelometrie (funktionelle Tests); Geldiffusionsassay (Lysoplatte-Technik); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	20,95 €
12939	N-Acetyl-Beta-D-Glucosaminidase (NAG) Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	15,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12940	Organische Säuren-Differenzierung, je Untersuchung (Spektrum) Abklärung angeborene Stoffwechselstörung; Urin; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ.	48,98 €
12941	Pankreas-Elastase-1 Abklärung exokrine Pankreasinsuffizienz; Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,61 €
12942	Pyruvat Vollblut (antikoaguliert), Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Amperometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	11,24 €
12943	TRAP 5b (Tartrat-resistente Saure Phosphatase, Knochen-Isoenzym 5b) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	27,80 €
12944	Trypsin Neugeborenencreening; Vollblut (Trockenblut); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,47 €
12945	Tryptase Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,64 €

18. Tumormarker**12.03.18**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12961	CA 125 Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	19,40 €
12962	CA 15-3 Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	13,94 €
12963	CA 19-9 Serum oder Plasma, Aszites; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	16,12 €
12964	CA 50 Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	49,14 €
12965	CA 72-4 Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	33,75 €
12966	Calcitonin Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,93 €
12967	Carcinoembryonales Antigen (CEA) Serum oder Plasma, Liquor, Aszites; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	10,37 €
12968	Chromogranin A Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,32 €
12969	CYFRA 21-1 Serum oder Plasma, Pleuraerguss, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	25,54 €
12970	Human-Epididymis-Protein-4 (HE4) ROMA-Index; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,31 €
12971	M2-Pyruvat-Kinase (M2-PK) Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12971 ist als Screeningverfahren auf ein kolorektales Karzinom nicht berechnungsfähig.</i>	24,93 €
12972	Melanoma-Inhibitory-Antgen (MIA) Verlaufsbeurteilung malignes Melanom; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
12973	Neuronenspezifische Enolase (NSE) Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,65 €
12974	Nukleäres Matrix-Protein 22 (NMP22) Abklärung Blasen-Ca; Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	29,83 €
12975	Plazenta-alkalische-Phosphatase (PLAP) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	36,10 €
12976	Pro-Gastrin-Releasing-Peptide (ProGRP) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	40,74 €
12977	Prostata-spezifisches Antigen (Gesamt-PSA oder komplexiertes PSA und/oder freies PSA) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. <i>Die Leistung nach Nummer 12977 ist bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	12,12 €
12978	5-S-Cysteinyl-DOPA (5-SCD) Verlaufsbeurteilung malignes Melanom; Plasma, Urin; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	21,31 €
12979	Squamous-Cell-Carcinoma-Antigen (SCCA) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	34,31 €
12980	Thymidinkinase Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	23,94 €
12981	Tissue-Polypeptide-Antigen (TPA) und/oder Tissue-Polypeptide-Specific-Antigen (TPS) Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	24,18 €

Kapitel N

Zell- und gewebebasierte Leistungen

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

1. Ein Material im Sinne der Leistungen des Abschnitts N I ist
 - a) ein Organ bzw. Gewebe einheitlicher histologischer Struktur oder
 - b) ein Organ bzw. Gewebe unterschiedlich definierter histologischer Struktur oder
 - c) ein Organ bzw. Gewebeteil oder eine Zellentnahme unterschiedlich definierter Lokalisation.
2. Die Befundmitteilung oder der Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Die Abrechnung der laboratoriumsdiagnostischen Leistungen (z.B. Zytologie, Tumorgenetik, Zytogenetik, molekulare Zytogenetik) des Kapitels N setzt voraus, dass der abrechnende Arzt bei der Leistungserbringung die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) in der jeweils gültigen Fassung beachtet.

I. Histologie, Zytologie und Tumorgenetik**13.01**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13000	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung des Standardverfahrens, ggf. einschließlich Anwendung typisch fallbezogener Klassifikationen <i>Die Leistung nach Nummer 13000 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13001 oder 13005 nicht berechnungsfähig.</i>	26,47 €
13001	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials, nach besonders aufwendiger technischer Aufbereitung, (z.B. Aufarbeitung von Knochen, Positionierung der Schleimhaut bei Biopsien, Anfertigung von Stufenschnitten, Verarbeitung von mehr als 8 vorgelegten zytologischen Ausstrichpräparaten) ggf. einschließlich Anwendung typisch fallbezogener Klassifikationen <i>Die Leistung nach Nummer 13001 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13000 oder 13005 nicht berechnungsfähig.</i>	39,71 €
13002	Histologische oder zytologische Sofortuntersuchung und -Begutachtung eines Materials während einer Operation, (z.B. Schnellschnitt bzw. Tupfpräparate)	32,11 €
13003	Eingehende besonders zeitaufwendige makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung, z.B. aufwendige Markierungen bei Tumorverdacht, Dauer mindestens 15 Minuten, ggf. einschließlich Photodokumentation des makroskopischen Befundes	54,29 €
13004	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines Sonderverfahrens, (z.B. Polarisations- oder Interferenzmikroskopie, PAS oder Peroxidase-Reaktion)	33,09 €
13005	Zytologische Untersuchung und Begutachtung eines oder mehrerer Abstriche von Ekto- und/oder Endozervix und/oder von der Vaginalschleimhaut nach konventioneller Aufbereitung (Direktausstrich), einschließlich Klassifikation des Befundes, ggf. einschließlich der Beurteilung der hormonellen Funktion <i>Die Leistung nach Nummer 13005 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13000 oder 13001 nicht berechnungsfähig.</i>	28,62 €
13006	Zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit stöchiometrischer Färbung, z.B. nach Feulgen, zum Nachweis und/oder zur Quantifizierung von DNA-Aneuploidie bei Dysplasien, Borderline-Tumoren, mikroskopisch malignitätsverdächtigen Befunden (z.B. Pap III) oder zum Malignitätsgrading	61,71 €
13007	Zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Zuhilfenahme eines mittels Flüssigmediums vollständig gewonnenen Zellmaterials, einschließlich randomisierter Aufbereitung, ggf. einschließlich der Beurteilung der hormonellen Funktion	35,89 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13008	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines immunhistochemischen oder immunzytochemischen Sonderverfahrens mit Nachweis eines Markers (z.B. CK7, ki-67, S-100 oder CD45) oder eines Rezeptors (z.B. Östrogen oder Progesteron), ggf. einschließlich semiquantitativer Auswertung und Angabe des Auswertesystems, je Material und Sonderverfahren	105,15 €
13009	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines immunhistochemischen oder immunzytochemischen Sonderverfahrens zum Nachweis je eines Wachstumsrezeptors, z.B. Her2/neu, ggf. einschließlich semiquantitativer Auswertung und Angabe des Auswertesystems, je Material und Sonderverfahren	165,24 €
13011	Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung einer in-situ-Hybridisierungstechnik, z.B. spektrale Karyotypisierung (SKY), M-FISH-Karyotypisierung, M-FISH Banding oder komparative genomische Hybridisierung (CGH) bei unauffälligem Karyotyp, ggf. einschließlich Photodokumentation, je DNA-Sonde	113,41 €
13012	Histologisch-topographische bzw. zytologische Bestimmung und Identifizierung zu untersuchender Zell- und/oder Gewebsstrukturen an einem Material oder dessen quantitative und/oder semi-quantitative Auswertung im Zusammenhang mit den Leistungen aus Abschnitt M III.12 (Molekulargenetische Untersuchungen), einschließlich der Korrelation der molekulargenetischen Ergebnisse mit der Vordiagnostik und Erstellung einer Konsensusdiagnose, ggf. einschließlich - Mikrodisektion - Entparaffinierung der Gewebeschnitte - individuellem Design spezifischer Primerpaare bzw. DNA-Sequenzen - Erstellung von Dünnschnitten bei formalinfixiertem paraffineingebetteten Gewebe - gewebespezifischem Verdau	67,00 €
13013	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13012 für die Lasermikrodisektion zur selektiven Anreicherung von mit molekularchopathologischen Fragestellungen zu untersuchenden Zell- oder Gewebsstrukturen, einschließlich Herstellung und mikroskopischer Untersuchung von Kontrollpräparaten vor und nach der Durchführung der Lasermikrodisektion, ggf. nach Standardfärbung	16,27 €
13014	Isolierung von DNA, RNA, Proteinen oder Peptiden aus Untersuchungsmaterial als Vorbereitung für molekularchopathologische Untersuchungen nach Kapitel M III.12 (Molekulargenetische Untersuchungen)	64,40 €
13017	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung eines elektronenmikroskopischen Verfahrens, ggf. einschließlich Einbettung in Kunststoff und Photodokumentation	165,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13018	Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profiles, einschließlich - der Extraktion von menschlicher RNA und/oder DNA aus Tumorgewebe - Durchführung eines Genexpressionstests (z.B. zur stratifizierenden Risikobewertung bei Brustkrebs) - Dokumentation der erhobenen Messwerte mit Qualitätskontrolle - algorithmischer Auswertung mit Erstellung eines Befundes, ggf. einschließlich Amplifizierung der RNA	69,74 €
13019	Zellvereinzelung bei histologischer Untersuchung, z.B. durch enzymatischen Verdau von Gewebsbestandteilen, zur Herstellung und Untersuchung eines oder mehrerer zytologischer Ausstrichpräparate, als Vorbereitung einer densitometrischen und/oder morphometrischen Messung, ggf. einschließlich Standardfärbung	30,11 €
13020	Kryoasservierung von Gewebematerial, z.B. bei malignen Tumorerkrankungen oder bei genetisch determinierten Erkrankungen oder Verdacht hierauf, zur zeitnahen diagnostischen Verwendung, z.B. zur uPA-/PAI1-Bestimmung und/oder zur Überführung zwecks Dauerasservierung in eine zertifizierte Gewebebank <i>Die Leistung nach Nummer 13020 ist neben der Leistung nach Nummer 13003 berechnungsfähig.</i>	56,52 €
13021	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) zur Analyse des Wachstumsverhaltens der Haare, auch für mehrere Präparate, einschließlich Epilation und Aufbereitung, ggf. einschließlich Färbung	18,07 €
13022	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 13000 und 13001 für Multiparameter-Grading/Scoring mit fallbezogener spezifischer Klassifikation (z.B. Tumordifferenzierung, Krankheitsaktivität) durch die mathematische Verknüpfung von mindestens 2 quantitativen und/oder qualitativen Gewebemerkmale	33,09 €
13023	Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profiles einschließlich der Testkosten für den Oncotype-Test	3 580,30 €
13024	Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profiles einschließlich der Testkosten für den Prosigna-Test	2 577,80 €
13025	Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profiles einschließlich der Testkosten für den Mammaprint-Test	2 407,50 €
13026	Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profiles einschließlich der Testkosten für den EndoPredict-Test	2 321,00 €

II. Zytogenetik und molekulare Zytogenetik**13.02**

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13100	Postnatale Chromosomenpräparation, -untersuchung und humangenetische Begutachtung von Zellen des hämatopoetischen Systems hinsichtlich konstitutioneller Aberrationen, ggf. einschließlich vorangehender Zellkultur	364,83 €
13101	Postnatale Chromosomenpräparation, -untersuchung und humangenetische Begutachtung von Fibroblasten oder Epithelien hinsichtlich konstitutioneller Aberrationen, ggf. einschließlich vorangehender Zellkultur	416,95 €
13102	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13100 oder 13101 für die Parallelkultur zur Abklärung chromosomaler Mosaik <i>Der Zuschlag nach Nummer 13102 ist neben der Leistung nach Nummer 13100 oder 13103 einmal berechnungsfähig.</i>	216,68 €
13103	Pränatale Chromosomenpräparation, -untersuchung und humangenetische Begutachtung hinsichtlich konstitutioneller Aberrationen - Bearbeitung von zwei Kulturen, ggf. einschließlich vorangehender Zellkultur <i>Bei Mehrlingen ist die Leistung nach Nummer 13103 je Fötus berechnungsfähig.</i>	755,71 €
13104	Chromosomenpräparation, -untersuchung und Begutachtung, einschließlich Kultur von Tumorzellen hinsichtlich erworbener Aberrationen nach zwei getrennten Kultivierungen	417,78 €
13105	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13104 für jede weitere Kultur, ggf. einschließlich Stimulation(en), z.B. mit Lipopolysaccharid oder Tryptophanhydroxylase, je Leistung nach Nummer 13104 bis zu sechs Kulturen, je Kultur	273,39 €
13106	Chromosomenstrukturanalyse und humangenetische Begutachtung spezifischer Chromosomenstrukturen durch Färbeverfahren, z.B. Q-, C-Banden oder NOR-Färbung, bis zu vier Färbungen, je Färbung	116,11 €
13107	Direktpräparation, z.B. Chromosomen-, Zytospin oder Ausstrichpräparat und/oder Zell-Kultivierung zur Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung <i>Die Leistung nach Nummer 13107 ist neben der Leistung nach Nummer 13108, 13109 oder 13110 insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>	131,00 €
13108	Pränatale Diagnostik mittels Interphase-Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (Interphase-FISH) insbesondere der Chromosomen 13, 18, 21, X und Y, einschließlich der Auswertung von 50 Zellkernen pro Chromosom, insgesamt	304,95 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13109	Molekularzytogenetische Darstellung, Untersuchung und humangenetische und/oder molekulopathologische Begutachtung mittels Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung (FISH) an Metaphase-Chromosomen und/oder Interphasekernen, bis zu zehn DNA-Sonden, je Sonde	80,17 €
13110	Molekularzytogenetische Darstellung, Untersuchung und Begutachtung spezifischer Chromosomenstrukturen durch spezielle Verfahren der Fluoreszenz-in situ-Hybridisierungstechnik, z.B. spektrale Karyotypisierung (SKY), M-FISH-Karyotypisierung, M-FISH Banding oder komparative genomische Hybridisierung (CGH)	394,33 €
13111	Molekulare Karyotypisierung, postnatal, Auflösung mindestens 0,2 MB, Auswertung hochauflösend, apparativ, computergestützt	1 449,37 €
13112	Molekulare Karyotypisierung (array-CGH), pränatal, Auflösung mindestens 0,5 MB, Auswertung hochauflösend, apparativ, computergestützt	1 539,78 €
13113	Datenbankrecherche von unklaren Sequenzvarianten (Klasse 3-5 ACMG, American College of Medical Genetics), einschließlich Überprüfung auf klinische Relevanz, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13113 ist bis 5 kb einmal, zwischen 5 kb und 50 kb zweimal und für Exom oder Klinisches Exom viermal berechnungsfähig.</i>	134,96 €
13114	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13113 je weitere vollendete 30 Minuten <i>Die Gesamtdauer der Datenbankrecherche ist in der Rechnung anzugeben. Der Zuschlag ist bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	49,43 €
13115	Datenbankrecherche einschließlich Dokumentation zur Abklärung von unklaren Symptomkombinationen bei dringendem Verdacht auf das Vorliegen einer genetisch bedingten seltenen Erkrankung, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13115 ist bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	98,69 €
13116	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13115 für Photodokumentation (mehr als 20 Aufnahmen) und/oder Video-Dokumentation von Symptomen und Symptomkombinationen bei dringendem Verdacht auf das Vorliegen einer genetisch bedingten seltenen Erkrankung, strukturiert zur Phänotypanalyse <i>Der Zuschlag nach Nummer 13116 ist einmal je Fall berechnungsfähig.</i>	39,14 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13117	Untersuchung der Polkörper mittels FISH-Analyse (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung) im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zur Überprüfung der Chromosomen- bzw. Chromatidensätze, einschließlich - der Präparation - der Auswertung der Analyseergebnisse - Befunderstellung sowie Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen <i>Die Leistung nach Nummer 13117 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Polkörper einmal je Versuch berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13117 ist neben der Leistung nach Nummer 13108 nicht berechnungsfähig.</i>	2 231,57 €
13118	Untersuchung der Polkörper mittels array-CGH im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zur Überprüfung der Chromosomen- bzw. Chromatidensätze - Basisleistung, einschließlich - der Auswertung der Analyseergebnisse - Befunderstellung sowie Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen <i>Die Leistung nach Nummer 13118 je Zyklus für die ersten beiden Polkörper einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13118 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Polkörper einmal je Versuch berechnungsfähig.</i> <i>Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.</i>	2 654,67 €
13119	Untersuchung der Polkörper mittels array-CGH im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zur Überprüfung der Chromosomen- bzw. Chromatidensätze - Folgeleistung, einschließlich - der Auswertung der Analyseergebnisse - Befunderstellung sowie Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen <i>Die Leistung nach Nummer 13119 ist je Polkörper einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.</i>	518,60 €
13120	Untersuchung von Trophektodermzellen mittels array-CGH im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zum Nachweis oder Ausschluss von numerischen Chromosomenveränderungen beim Embryo, einschließlich - der Auswertung der Analyseergebnisse - Befunderstellung sowie Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Embryonen <i>Die Leistung nach Nummer 13120 ist je Embryo einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.</i>	2 829,30 €
13121	Etablierung der Untersuchung von Trophektodermzellen zum Nachweis oder Ausschluss von in der Familie bekannten Mutationen bei monogenen Erkrankungen, einschließlich der Etablierung der Diagnostik für die spezifische Mutation bzw. Mutationen in der Familie <i>Die Leistung nach Nummer 13121 ist je Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Etablierung der Diagnostik für die spezifische Mutation bzw. Mutationen in der Familie ist in dieser Leistung inkludiert.</i>	2 558,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13122	Untersuchung von Trophektodermzellen zum Nachweis oder Ausschluss von in der Familie bekannten Mutationen bei monogenen Erkrankungen, einschließlich - der Auswertung der Analyseergebnisse - Befunderstellung sowie Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Embryonen <i>Die Leistung nach Nummer 13122 ist je Behandlungszyklus einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.</i>	2 546,26 €

Vertraulich

Kapitel O

Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

Alle Leistungen des Kapitels O sind unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Wichtungen, Durchleuchtungen oder Serien je Leistung und Lokalisation insgesamt nur einmal berechnungsfähig, sofern in der einzelnen Leistungslegende keine davon abweichende Regelung getroffen wurde.

Vertraulich

I. Radiologie

14.01

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren des Abschnitts O I sind folgende unselbständigen Teilleistungen abgegolten und nicht als selbständige Leistung gesondert abrechnungsfähig:
 - die Prüfung der Indikation, auch im Überweisungsfall
 - die Feststellung und Dokumentation der Indikation, auch der rechtfertigenden Indikation im Sinne der Strahlenschutzvorschriften
 - die Aufklärung
 - die Festlegung des konkreten Untersuchungsprotokolls
 - die technische Durchführung
 - die Befundung
 - die Erstellung, Dokumentation und Archivierung des obligaten schriftlichen Befundberichts, auch im Falle der Teleradiologie nach der Definition der Strahlenschutzvorschriften
 - die Übermittlung des schriftlichen Befundberichts und ggf. die mündliche Vorabinformation an den überweisenden und/oder nachbehandelnden Arzt
 - die Dokumentation und Archivierung der Bilddaten auf Röntgenfilm oder auf für die Langzeitdokumentation geeigneten Datenträgern einschließlich der Datensicherung
 - ggf. die Eintragungen in das Röntgennachweisheft
2. Die Leistungen des Abschnitts O I sind nur bei Bilddokumentation auf einem für die (Langzeit-)speicherung geeigneten Datenträger berechnungsfähig. Die Vorgaben der anwendbaren Strahlenschutzvorschriften (z.B. StrSchV, RÖV, NiSG) sind in der jeweils gültigen Form zu beachten.
3. Die Zweitbefundung oder Mitbefundung von Röntgenaufnahmen oder anderen bildgebenden Verfahren des Abschnitts O I, auch im Rahmen der Telemedizin und nach Nummer 13382, sind nur mit gesonderter medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Diese gesonderte Begründungspflicht gilt nicht für die Doppel- oder Konsensbefundung nach Nummer 13257. Die gutachtliche Zweitbefundung ist über die Leistungen nach Nummer 307 und 308 berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach Nummer 14, 15 und 301 sind Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt O I und neben den Leistungen dieses Kapitels nicht gesondert berechnungsfähig. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht gegenüber dem auftraggebenden Arzt ist Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O I und nicht gesondert berechnungsfähig. Werden mehrere Leistungen nach O I erbracht, die eine umfangreiche epikritische Bewertung erforderlich machen, kann ein ausführlicher Krankheits- und Befundbericht nach Nummer 302 berechnet werden. Eine Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Beratung(en) des Patienten sind nach Kapitel B gesondert berechnungsfähig.
5. Die ärztliche Überprüfung der Indikation und die Festlegung des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil aller Leistungen des Abschnitts O I und nicht gesondert berechnungsfähig.
6. Die Kosten für die Bestellung und Lieferung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Kontrastmittel sind nicht gesondert berechnungsfähig. Versandkosten, die Kosten für Kontrastmittel sowie Sachkosten für interventionelle Leistungen sind nach § 10 gesondert berechnungsfähig.
7. Die zur Untersuchung mittels Kontrastmittel erforderlichen Maßnahmen wie Einbringung(en) des Kontrastmittels, Stichkanalanästhesie, Sondierungen, Injektionen oder Infusionen (auch maschinell oder per Hochdruck), Punktionen, Gefäßkatheterisierung oder Probeinjektionen und ggf. anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Das gilt auch für Wund-/Druckverbände sowie die Pulsoxymetrie. Kontrastmitteluntersuchungen beinhalten auch die ggf. notwendigen Durchleuchtungen.
8. Sofern in den entsprechenden Leistungen nicht anderes aufgeführt ist, setzen magnetresonanztomographische Untersuchungen die Durchführung von vier Sequenzen voraus. Dies gilt nicht für MR-Angiographien.

9. Wird eine MR-Angiographie neben einer MRT derselben Körperregion erbracht, ist die MR-Angiographie nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.
10. Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese kann bei den Leistungen nach den Nummern 13262 – 13309 für eine Leistung die 2fache Gebühr in Rechnung gestellt werden, sofern die Blutstillung aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit so aufwendig ist, dass die Interventions- bzw. Schnitt-Naht-Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles, wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen. Die medizinische Indikation und der Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung der Blutstillung müssen in der Rechnung angegeben werden.
11. Bei Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 40 kann für eine Leistung die 1,5fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen. Die Körpermaße (Größe, Gewicht, BMI) müssen in der Rechnung angegeben werden.
12. Bei Durchführung einer CT- oder MRT-Untersuchung unter assistierter und/oder kontrollierter apparativer Beatmung kann für eine Leistung die 1,5fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13200	Sialographie, einschließlich - Sondierung und ggf. Erweiterung von Speicheldrüsenausführungsgängen - Einbringen von Kontrastmittel - Anfertigung der Röntgen-Aufnahme	95,17 €
13201	Röntgenaufnahme von Zähnen, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13201 nur einmal und nicht je aufgenommenen Zahn berechnungsfähig.</i>	8,68 €
13202	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer <i>Die Leistung nach Nummer 13202 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	39,13 €
13203	Panoramaschichtaufnahme eines Kiefers <i>Die Leistung nach Nummer 13203 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	26,01 €
13204	Digitale Volumentomographie des Gesichtsschädels oder von Teilen des Gesichtsschädels oder der Kiefer, ggf. einschließlich - der Untersuchung der Schädelbasis - anschließender 3D-Rekonstruktion	216,74 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13205	Röntgenaufnahmen von Fingern oder Zehen, jeweils in zwei Ebenen <i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13205 nur einmal und nicht je aufgenommenen Finger oder Zeh berechnungsfähig.</i>	24,21 €
13206	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13205 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene <i>Der Zuschlag nach Nummer 13206 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist der Zuschlag nach Nummer 13206 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.</i>	12,54 €
13207	Röntgenaufnahmen von Handgelenk, Handwurzel, Mittelhand, allen Fingern einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel, Mittelfuß, allen Zehen eines Fußes oder Kniescheibe, jeweils in zwei Ebenen, je Skelettteil <i>Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, sind die Leistungen nach Nummer 13207 oder 13208 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.</i>	24,21 €
13208	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13207 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene <i>Der Zuschlag nach Nummer 13208 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	12,54 €
13209	Röntgenaufnahmen von Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganzer Hand oder ganzem Fuß, Gelenken des Schultergelenks, Schlüsselbein, Beckenteil, Kreuzbein oder Hüftgelenk, jeweils in zwei Ebenen <i>Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, sind die Leistungen nach Nummer 13209 oder 13210 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.</i>	34,69 €
13210	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13209 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene <i>Der Zuschlag nach Nummer 13210 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	12,54 €
13211	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13207 oder 13209 für gehaltene Aufnahme(n) und/oder Lagerungshilfe und/oder Lagekontrolle, ggf. einschließlich Markierung(en)	22,15 €
13212	Röntgenaufnahme zur Bestimmung des Skelettalters, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und der gutachterlichen Beurteilung, ggf. mit Berechnung der prospektiven Endgröße	52,00 €
13213	Röntgenübersichtsaufnahme des Beckens	33,98 €
13214	Kontraströntgenuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks, Schultergelenks oder Diskographie <i>Die Leistung nach Nummer 13214 ist bei Aufnahme von bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.</i>	147,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13215	Kontraströntgenuntersuchung der Fingergelenke einer Hand, der Zehengelenke eines Fußes, eines oberen Sprunggelenks, eines unteren Sprunggelenks oder eines Ellenbogengelenks <i>Die Leistung nach Nummer 13215 ist bei Aufnahme bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.</i>	85,94 €
13216	Kontraströntgenuntersuchung der nicht in den Leistungen nach Nummer 13214 oder 13215 genannten übrigen Gelenke <i>Die Leistung nach Nummer 13216 ist bei Aufnahme bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.</i>	126,39 €
13217	Schädelübersichtsaufnahme, ggf. in zwei Ebenen	24,91 €
13218	Röntgenaufnahme von Schädelteilen in Spezialprojektionen, je Teil <i>Werden mehrere Schädelteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13218 nur einmal und nicht je aufgenommenen Schädelteil berechnungsfähig. Die untersuchten Schädelteile sind in der Rechnung anzugeben.</i>	29,18 €
13219	Röntgenaufnahme(n) von Nasennebenhöhlen <i>Die Leistung nach Nummer 13219 ist auch bei Aufnahmen in mehreren Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	27,61 €
13220	Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	36,78 €
13221	Röntgenaufnahmen der Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen	42,36 €
13222	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13220 oder 13221 für Funktionsaufnahme(en) <i>Der Zuschlag nach Nummer 13222 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	31,47 €
13223	Röntgenganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität, ggf. in mehreren Ebenen <i>Die Leistung nach Nummer 13223 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	48,07 €
13224	Röntgenaufnahme von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm), je Zielvolumen	31,03 €
13225	Röntgenaufnahme des knöchernen Thorax, Hemithorax, Schulterblatt oder Brustbein, ggf. in zwei Ebenen <i>Die Leistung nach Nummer 13225 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	32,07 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13226	Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts in einer Ebene, je Teil <i>Die Leistung nach Nummer 13226 ist neben der Leistung nach Nummer 13201, 13202, 13203, 13204, 13205, 13207, 13209, 13212, 13214, 13215, 13216, 13217, 13218, 13219, 13220, 13221, 13223, 13224 oder 13225 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Das Skelettteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>	17,95 €
13227	Röntgenaufnahme von Halsorganen oder Mundboden, ggf. in mehreren Ebenen <i>Die Leistung nach Nummer 13227 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	33,03 €
13228	Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane, in einer Ebene <i>Wird dieselbe Ebene erneut geröntgt, ist eine gesonderte medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13228 ist neben der Leistung nach Nummer 13229 nicht berechnungsfähig.</i>	32,07 €
13229	Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane, in mehreren Ebenen <i>Die Leistung nach Nummer 13229 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13229 ist neben der Leistung nach Nummer 13228 nicht berechnungsfähig.</i>	49,58 €
13230	Röntgenaufnahme der Speiseröhre, ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Doppelkontrastdarstellung - Durchleuchtung	77,56 €
13231	Röntgenaufnahme des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung, ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Durchleuchtung <i>Die Leistung nach Nummer 13231 ist neben der Leistung nach Nummer 13232 nicht berechnungsfähig.</i>	95,00 €
13232	Röntgenaufnahme des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Doppelkontrastdarstellung, ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Durchleuchtung <i>Die Leistung nach Nummer 13232 ist neben der Leistung nach Nummer 13231 nicht berechnungsfähig.</i>	108,95 €
13233	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13231 oder 13232 für die Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	101,30 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13234	Sonographie- oder bildwandlergesteuerte selektive Schmerztherapie(n) an der Wirbelsäule, z.B. Facettengelenksinfiltration oder Periradikuläre Therapie, ggf. beidseitig, ggf. einschließlich - der erforderlichen Injektionen - Lokalanästhesie <i>Die Leistung nach Nummer 13234 ist neben der Leistung nach Nummer 1810, 1811, 1814, 7779, 7780, 8325 oder 8573 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13234 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	80,00 €
13235	CT-gesteuerte Schmerztherapie(n) an der Wirbelsäule, ggf. inklusive Iliosakralgelenk, ggf. beidseitig, z.B. Facettengelenkinfiltration oder periradikuläre Therapie, Denervation, ggf. beidseitig, einschließlich - der erforderlichen Injektion - Lokalanästhesie, ggf. einschließlich Stimulation <i>Die Leistung nach Nummer 13235 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13235 ist neben der Leistung nach Nummer 1814 nicht berechnungsfähig.</i>	201,45 €
13236	Dünndarmkontraströntgenuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde, ggf. einschließlich Legen einer Duodenalsonde	242,34 €
13237	Monokontraströntgenuntersuchung des Dickdarms, ggf. einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters	89,34 €
13238	Dickdarmdoppelkontraströntgenuntersuchung, ggf. einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters und Luftinsufflation	178,72 €
13239	Röntgen-Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlgorgane, einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters, ggf. nach Markierung der benachbarten Hohlgorgane	161,28 €
13240	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken, als selbständige Leistung	78,79 €
13241	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13240 für die Darstellung der gesamten Speiseröhre	67,53 €
13242	Kontraströntgenuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen, und/oder Pankreasgängen	59,27 €
13243	Röntgenübersichtsaufnahme des Bauches, in einer Ebene oder Projektion <i>Die Leistung nach Nummer 13243 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	26,83 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13244	Röntgenübersichtsaufnahme des Bauches, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen <i>Die Leistung nach Nummer 13244 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.</i>	43,85 €
13245	Intravenöse Harntraktkontrastrentgenuntersuchung	74,17 €
13246	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13220, 13221, 13223 oder 13245 für ergänzende Ebene(n) ab der dritten Ebene oder für Spezialprojektion(en) <i>Der Zuschlag nach Nummer 13246 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen oder Spezialprojektion(en) nur einmal berechnungsfähig.</i>	25,08 €
13247	Retrograde Harntraktkontrastrentgenuntersuchung, je Seite	89,34 €
13248	Refluxzystographie einschließlich Miktionsaufnahmen	136,89 €
13249	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung	106,35 €
13250	Röntgenkontrastuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z.B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) <i>Die Leistung nach Nummer 13250 ist für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase nicht berechnungsfähig.</i>	87,17 €
13251	Röntgenaufnahme der Mamma einer Seite, in einer Ebene	52,59 €
13252	Röntgenaufnahme der Mamma einer Seite, in zwei Ebenen	64,71 €
13253	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13251 oder 13252 für die kontrastmittelgestützte Untersuchung	30,84 €
13254	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13251 oder 13252 für Vergrößerungsaufnahme oder Spotkompression	15,30 €
13255	Digitale dreidimensionale Röntgenaufnahme der Mamma (Tomosynthese) einer Seite, ggf. einschließlich der Generierung von Summationsbildern, je Projektionsebene	97,93 €
13256	Präparateradiographie, ggf. einschließlich Lamellenradiographie, ggf. in zwei Ebenen	24,24 €
13257	Doppelbefundung oder Konsensbefundung von einer oder mehreren Röntgenaufnahme(n) der Mamma, je Seite	9,08 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13258	Röntgenaufnahme der Mamma im Rahmen interventioneller Maßnahmen, einschließlich der jeweiligen Intervention (z.B. Biopsie oder Markierung der Mamma), je Zielläsion	278,78 €
13259	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13258 für die Markierung mit Clips, je Markierung	35,49 €
13260	Vakuumsaugbiopsie der Mamma, einschließlich - Patientenlagerung - Lokalanästhesie - Überprüfung der korrekten Entnahme durch Zielaufnahmen - blutungsstillende Kompression - Verschluss der Hautwunde, ggf. einschließlich Markierung mittels Draht oder Clip, für eine Zielläsion <i>Die Leistung nach Nummer 13260 ist neben der Leistung nach Nummer 13258 nicht berechnungsfähig.</i>	278,78 €
13261	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13260 für weitere Zielläsionen, je weiterer Zielläsion	126,21 €
13262	Myelographie	126,70 €
13263	Bronchographie	152,34 €
13264	Röntgentomographien bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	38,22 €
13265	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	23,65 €
13266	Führungshilfe und/oder Lagekontrolle mittels Durchleuchtung(en) oder Zielaufnahme(n) z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen, je Zielläsion <i>Die Leistung nach Nummer 13266 ist neben der Leistung nach Nummer 13234, 13258 oder 13260 nicht berechnungsfähig.</i>	43,09 €
13267	Führungshilfe und/oder Lagekontrolle mittels Computertomographie z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen, je Zielvolumen	183,11 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13268	Führungshilfe und/oder Lagekontrolle mittels Magnetresonanztomographie z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen, je Zielläsion	751,04 €
13269	Serienangiographie arteriell oder venös im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule, einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	544,37 €
13270	Serienangiographie arteriell des Brust- und/oder Bauchraums, einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	408,83 €
13271	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 13269 oder 13270 für jede weitere Serienangiographie im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule oder des Brust- und/oder Bauchraums, je Serie <i>Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13271 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	83,86 €
13272	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13269 oder 13270 für die 3D-Rotationsangiographie im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule oder des Brust- oder Bauchraums	133,80 €
13273	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13269 oder 13270 für die superselektive Angiographie von Arterien oder Venen	200,00 €
13274	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	383,14 €
13275	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13274 für jede weitere Serie, je Serie <i>Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13275 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	70,87 €
13276	Serienangiographie einer Extremität und ihrer Teile, einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	383,14 €
13277	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13276 für jede weitere Serie, je Serie <i>Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13277 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	67,80 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13278	Angiokardiographie einer Herzhälfte <i>Die Leistung nach Nummer 13278 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13278 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3010 oder 3022 nicht berechnungsfähig.</i>	89,39 €
13279	Angiokardiographie beider Herzhälften <i>Die Leistung nach Nummer 13279 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13279 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 3009, 3010 oder 3022 nicht berechnungsfähig.</i>	154,16 €
13280	Venographie im Bereich des Schädels, Brust- und/oder Bauchraums	255,94 €
13281	Venographie einer Extremität	255,94 €
13282	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13281 für ergänzende Projektion(en), je Sitzung	62,01 €
13283	Perkutane Implantation oder Explantation eines Cavafilters, einschließlich Angiographie	1 426,80 €
13284	Perkutane Obliteration von oberflächlichen Venen durch intravasal eingebrachte Sonden, z.B. mittels Radiofrequenzablation oder Laser, einschließlich Angiographie, je Extremität	422,95 €
13285	Lymphographie, je Extremität	537,23 €
13286	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13285 für ergänzende Projektion(en), je Sitzung	223,74 €
13287	Perkutane Entfernung eines venös gelegenen Fremdkörpers durch z.B. Fangschlinge, einschließlich Angiographie	700,00 €
13288	Perkutane transluminale Dilatation und ggf. Rekanalisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Koronararterien sowie der intrakraniellen Arterien und der Aa. vertebrales, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	458,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13289	Perkutane transluminale Dilatation und ggf. Rekanalisation einer oder mehrerer intrakraniellen Arterie(n) oder einer oder beider Vertebralarterie(n) oder einer oder mehrerer intrakraniellen Vene(n)/venöser Leiter, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	700,00 €
13290	Intraarterielle Lysebehandlung oder Thrombektomie einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Koronararterien, der intrakraniellen Arterien und der Aa. Vertebrales, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten	460,00 €
13291	Intraarterielle Lysebehandlung oder Thrombektomie im Bereich einer oder mehrerer intrakraniellen Arterie(n) oder einer oder beider Vertebralarterie(n), einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	700,00 €
13292	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation einer oder mehrerer Vene(n), einschließlich Angiographie, ggf. einschließlich Thrombektomie von Venen, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten	400,00 €
13293	Verschluss einer arteriellen Punktionsstelle mittels eines perkutan eingeführten Verschlusssystems	86,65 €
13294	Perkutane Entfernung eines arteriell gelegenen Fremdkörpers durch z.B. Fangschlinge, einschließlich Angiographie	800,00 €
13295	Einbringen von Gefäßstützen (auch Stent-Prothesen) oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden in Arterien mit Ausnahme von Koronararterien und hirnversorgenden Arterien, einschließlich aller angiographischen Darstellungen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff, je Gefäß, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten	700,00 €
13296	Einbringen von Gefäßstützen (auch Stent-Prothesen) oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden im Bereich der hirnversorgenden Arterien, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, je Gefäß, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	850,00 €
13297	Temporäre Okklusion einer oder mehrerer Arterien im Kopf-Hals-Bereich mittels Ballon, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff	746,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13298	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder im Spinalkanal, einschließlich aller angiographischen Darstellungen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	800,00 €
13299	Embolisation, auch Coiling einer oder mehrerer Arterie(n) oder einer oder mehrerer Gefäßfehlbildung(en) im Kopf-Halsbereich (extrakranielle Embolisation), einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	850,00 €
13300	Intrakranielle Embolisation, auch Coiling einer oder mehrerer Arterien oder von Gefäßfehlbildungen, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	1 200,00 €
13301	Embolisation der Leber oder einzelner Leberanteile unter Verwendung von Chemotherapeutika oder (chemotherapeutikatrager) Mikropartikel, einschließlich aller angiographischen Darstellungen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	1 250,00 €
13302	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13301 für die transhepatische Pfortaderembolisation	209,92 €
13303	Embolisation einer oder mehrerer Arterien im Bereich des Spinalkanals oder einer oder mehrerer spinaler Gefäßfehlbildungen, einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten	1 386,00 €
13304	Angiographiegestützte perkutane Embolisation von Gefäßmissbildungen mittels Embolisations- und/oder Sklerosierungsmitteln	850,00 €
13305	Embolisation der V. spermatica, einschließlich angiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff, Angiographie	350,00 €
13306	Intervention an einer oder mehreren intrakraniellen Vene(n), einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13306 ist neben der Leistung nach Nummer 13292 nicht berechnungsfähig.</i>	583,00 €
13307	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13288, 13289, 13290, 13291, 13292, 13293, 13295, 13296, 13298, 13299, 13300, 13301, 13303 oder 13306 bei einer Leistungsdauer über 60 Minuten, je weitere vollendete 15 Minuten	110,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13308	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen, einschließlich cholangiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	600,00 €
13309	Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt, einschließlich angiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	1 501,90 €
13310	Physikalische Gewebeerstörung durch Radiofrequenz, Laser, Wechselstrom, Mikrowelle oder Vergleichbares über perkutan, aber nicht intravasal eingebrachte Sonden an der Leber, einschließlich der Diagnostik zur Platzierung, ggf. einschließlich computertomographischer und/oder magnetresonanztomographischer Darstellung nach Intervention, je Sitzung	550,00 €
13311	Physikalische Gewebeerstörung durch Radiofrequenz, Laser, Wechselstrom, Mikrowelle oder Vergleichbares über perkutan, aber nicht intravasal eingebrachte Sonden an der Lunge, einschließlich der Diagnostik zur Platzierung, ggf. einschließlich computertomographischer und/oder magnetresonanztomographischer Darstellung nach Intervention, je Sitzung	550,00 €
13312	Physikalische Gewebeerstörung durch Radiofrequenz, Laser, Wechselstrom, Mikrowelle oder Vergleichbares über perkutan, aber nicht intravasal eingebrachte Sonden an der Niere, einschließlich der Diagnostik zur Platzierung, ggf. einschließlich computertomographischer und/oder magnetresonanztomographischer Darstellung nach Intervention, je Sitzung	550,00 €
13313	Physikalische Gewebeerstörung durch Radiofrequenz, Laser, Wechselstrom, Mikrowelle oder Vergleichbares über perkutan, aber nicht intravasal eingebrachte Sonden an sonstigen Organen, einschließlich der Diagnostik zur Platzierung, ggf. einschließlich computertomographischer und/oder magnetresonanztomographischer Darstellung nach Intervention, je Sitzung	500,00 €
13314	Computergesteuerte Ganzkörper-Tomographie, mindestens mit Darstellung von Hals, Thorax und Abdomen, ggf. einschließlich - Untersuchung des Kopfes - Untersuchung der Extremitäten - Untersuchung der Wirbelsäule <i>Neben der Leistung nach Nummer 13314 ist die Leistung nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 oder 13319 nicht berechnungsfähig. Die medizinische Begründung für die Durchführung der Leistung nach Nummer 13314 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	370,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13315	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich, ggf. einschließlich der Untersuchung des kraniozervikalen Übergangs <i>Die Leistung nach Nummer 13315 ist nicht neben der Leistung nach Nummer 13314 berechnungsfähig.</i> <i>Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	217,26 €
13316	Computergesteuerte Tomographie im Halsbereich <i>Die Leistung nach Nummer 13316 ist neben der Leistung nach Nummer 13314 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	224,27 €
13317	Computergesteuerte Tomographie im Thoraxbereich, ggf. einschließlich Koronarkalkbestimmung <i>Die Leistung nach Nummer 13317 ist neben der Leistung nach Nummer 13314 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	233,41 €
13318	Computergesteuerte Tomographie im Abdominal- und/oder Beckenbereich <i>Die Leistung nach Nummer 13318 ist neben der Leistung nach Nummer 13314 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	270,41 €
13319	Computergesteuerte Tomographie eines Wirbelsäulenabschnitts, ggf. einschließlich des Rückenmarks, mit Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume (im Bereich der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule) und/oder des Kreuzbeins, ggf. einschließlich des Steißbeins, je Abschnitt <i>Die Leistung nach Nummer 13319 ist, wenn die Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume den Übergang zwischen zwei Wirbelsäulenabschnitten (z.B. TH12 und L1) betrifft, nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13319 ist neben der Leistung nach Nummer 13314 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.</i>	164,88 €
13320	Computergesteuerte Tomographie einer Bandscheibe (Diskographie), je Bandscheibe (Diskus)	69,07 €
13321	Computergesteuerte Tomographie eines Kiefergelenks	172,97 €
13322	Computergesteuerte Tomographie im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke (Fußgelenk, Sprunggelenk, Kniegelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk), je Extremität <i>Wird an einer Extremität mehr als ein Gelenk untersucht, kann die Leistung nach Nummer 13322 zweimal berechnet werden.</i> <i>Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.</i>	193,35 €
13323	Computergesteuerte Tomographie einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile	163,51 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13324	Computergesteuerte Tomographie der Schulterregion und/oder der Gelenke des Schultergürtels, je Körperseite und/oder beider Sternoclavikulargelenke	161,35 €
13325	Computergesteuerte Tomographie des Beckenringes (auch Sakroiliakgelenke/Symphyse) und/oder eines oder beider Hüftgelenke	154,63 €
13326	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13322, 13324 oder 13325 für die intraartikuläre Kontrastdarstellung eines Gelenks	110,27 €
13327	Zuschlag zu den nicht in den Leistungen nach Nummer 13322, 13324 oder 13325 erfassten übrigen Gelenken für die intraartikuläre Kontrastdarstellung	112,64 €
13328	Computertomographische Angiographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	237,67 €
13329	Computertomographische Angiographie im Kopf- und/oder Halsbereich	224,33 €
13330	Computertomographische Angiographie im Thoraxbereich	238,35 €
13331	Computertomographische Angiographie im Abdominal- und/oder Beckenbereich	237,06 €
13332	Computertomographische Angiographie der Becken- und/oder Beingefäße	223,69 €
13333	Computertomographische Angiographie einer Extremität	193,65 €
13334	Computertomographische Angiographie einer Hand oder eines Fußes <i>Die Leistung nach Nummer 13334 ist nur neben der Leistung nach Nummer 13333 berechnungsfähig, wenn nicht dieselbe Extremität angiographiert wird.</i>	200,26 €
13335	Computergesteuerte Tomographie des Kolons, ggf. einschließlich Legen eines Ballonkatheters <i>Die Leistung nach Nummer 13335 ist nur mit einer medizinischen Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	309,93 €
13336	Computergesteuerte Tomographie des Dünndarms, einschließlich Legen einer Duodenalsonde <i>Die Leistung nach Nummer 13336 ist nur mit einer medizinischen Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	309,93 €
13337	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13335 oder 13336 für ein Enteroklysma nach Sondeneinführung	60,43 €
13338	Computergesteuerte Tomographie der Bronchien	170,87 €
13339	Computergesteuerte Tomographie der Nieren, Harnleiter und Harnblase	213,37 €
13340	Computergesteuerte Tomographie von Gangsystemen, Fistel(n) und/oder Höhlen	183,15 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13341	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13321, 13324, 13325, 13328, 13329, 13330, 13331, 13333, 13334, 13335, 13336, 13338, 13339 oder 13340 für ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik), je Verfahren einmal je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13341 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	32,21 €
13342	Computergesteuerte Tomographie des Herzens und/oder der herznahen großen Gefäße, ggf. einschließlich der herzversorgenden Gefäße (Herzkranzgefäße), Funktionsanalyse und Koronarkalkbestimmung <i>Die untersuchten Gefäße sind in der Rechnung anzugeben.</i>	376,48 €
13343	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung	189,70 €
13344	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skelettteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	45,40 €
13346	Ganzkörper-Magnetresonanztomographie, mindestens mit Darstellung von Hals, Thorax und Abdomen, ggf. einschließlich - Untersuchung des Kopfes - Untersuchung der Extremitäten <i>Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13346 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	592,19 €
13347	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes, ggf. einschließlich des cranio-zervikalen Übergangs	388,01 €
13348	Magnetresonanztomographie der Halsorgane	389,63 €
13349	Magnetresonanztomographie der gesamten Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule)	545,94 €
13350	Magnetresonanztomographie eines Wirbelsäulenabschnitts mit Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust oder Lendenwirbelsäule, im Bereich der Lendenwirbelsäule ggf. einschließlich Iliosakralgelenk und/oder Kreuzbein und/oder Steißbein, je Abschnitt <i>Die Leistung nach Nummer 13350 ist, wenn die Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume den Übergang zwischen zwei Wirbelsäulenabschnitten (z.B. TH12 und L1) betrifft, nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13350 ist je Kalendertag bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	260,17 €
13351	Zuschlag zu der Leistung nach 13350 für MR-Myelographie zur Darstellung des Spinalkanals, des Myelons und der Wurzeltaschen eines Wirbelsäulenabschnitts (Hals- oder Brust- oder Lendenwirbelsäule) <i>Die Leistung nach Nummer 13351 ist neben der Leistung nach Nummer 13355 oder 13356 nicht berechnungsfähig.</i>	92,44 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13350 für MR-Myelographie zur Darstellung des Spinalkanals, des Myelons und der Wurzeltaschen eines Wirbelsäulenabschnitts (Hals- oder Brust- oder Lendenwirbelsäule) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 13352 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13351, 13397, 13398 oder 13399 nicht berechnungsfähig.</i>	100,00 €
13353	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für Magnetresonanztomographie mit Flussmessung (Liquor und/oder Blutflussmessung) <i>Die Leistung nach Nummer 13353 ist neben der Leistung nach Nummer 13354 nicht berechnungsfähig.</i>	133,33 €
13354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für Magnetresonanztomographie mit Diffusions-Tensor-Imaging <i>Die Leistung nach Nummer 13354 ist neben der Leistung nach Nummer 13353 nicht berechnungsfähig.</i>	112,82 €
13355	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für die Magnetresonanztomographie mit Diffusionsgewichtung und/oder Perfusionsimaging <i>Die Leistung nach Nummer 13355 ist neben der Leistung nach Nummer 13351 nicht berechnungsfähig.</i>	25,64 €
13356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für mindestens zwei zusätzliche Sequenzen bei komplexen Fragestellungen bzw. Erkrankungen wie z.B. Hirntumoren, Epilepsie, Multiple Sklerose <i>Der Zuschlag nach Nummer 13356 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13356 ist neben der Leistung nach Nummer 13351 nicht berechnungsfähig.</i>	69,33 €
13357	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für mindestens zwei zusätzliche Sequenzen bei komplexen Fragestellungen bzw. Erkrankungen wie z.B. Hirntumoren, Epilepsie, Multiple Sklerose bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 13357 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 13357 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13356, 13397, 13398 oder 13399 nicht berechnungsfähig.</i>	115,55 €
13358	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13349 oder 13350 für computergesteuerte Analyse der Hirnfeinstrukturen oder Hirngefäße bzw. der Feinstrukturen oder Gefäße des zentralen Nervensystems (z.B. Volumetrie) <i>Der Zuschlag nach Nummer 13358 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	13,63 €
13359	Magnetresonanztomographie des kompletten Brust- und Bauchraumes, ggf. einschließlich - des Halsbereichs - axillärer und inguinaler Lymphabflussgebiete <i>Die Leistung nach Nummer 13359 ist neben der Leistung nach Nummer 13346, 13348, 13360, 13361 oder 13362 nicht berechnungsfähig.</i>	637,28 €
13360	Magnetresonanztomographie parenchymatösen Oberbauchorgane	402,16 €
13361	Magnetresonanztomographie des Abdomens und/oder fetale Magnetresonanztomographie	501,62 €
13362	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax oder des Beckens	406,78 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13363	Magnetresonanztomographie von Gangsystemen, Fistel(n) und/oder Höhlen	324,75 €
13364	Magnetresonanztomographie des Kolons, ggf. einschließlich Legen eines Ballonkatheters <i>Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13364 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	528,50 €
13365	Magnetresonanztomographie des Dünndarms, einschließlich Legen einer Duodenalsonde <i>Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13365 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	528,50 €
13366	Magnetresonanztomographie der Prostata, ggf. mittels transrektaler Spule	616,23 €
13367	Funktionelle und statische MR-Defäkographie, einschließlich Anlage eines transrektalen Katheters und Kontrastmitteleinbringung	399,28 €
13368	Magnetresonanztomographie im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke (Sprunggelenk, Kniegelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk), je Extremität <i>Wird an einer Extremität mehr als ein Gelenk mit einer dedizierten Spule gesondert untersucht, kann die Leistung nach Nummer 13368 zweimal berechnet werden.</i> <i>Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Für die Leistung nach Nummer 13368 kann die volle Gebühr nur bei der Verwendung eines Ganzkörper-MRT-Gerätes berechnet werden, bei Verwendung eines Teilkörper-MRT mit einer Feldstärke von weniger als 1 T sind nur 60% der Gebührenhöhe berechnungsfähig.</i>	325,04 €
13369	Magnetresonanztomographie einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile <i>Für die Leistung nach Nummer 13369 kann die volle Gebühr nur bei der Verwendung eines Ganzkörper-MRT-Gerätes berechnet werden, bei Verwendung eines Teilkörper-MRT mit einer Feldstärke von weniger als 1 T sind nur 60% der Gebührenhöhe berechnungsfähig.</i>	325,04 €
13370	Magnetresonanztomographie der Schulterregion und/oder der Gelenke des Schultergürtels, je Körperseite, und/oder beider Sternoclavikulargelenke	379,76 €
13371	Magnetresonanztomographie des Beckenrings und/oder der Sakroiliakalgenke, ggf. einschließlich - der Symphyse - eines oder beider Hüftgelenke	343,13 €
13372	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13368, 13369, 13370 oder 13371 für die intraartikuläre magnetresonanztomographische Kontrastdarstellung eines Gelenks	89,55 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13373	Magnetresonanztomographie einer oder beider Mammae, ggf. einschließlich - Darstellung der thorakalen Lymphabflussgebiete - der axillären Lymphabflussgebiete, ein- oder beidseits	492,46 €
13374	Magnetresonanztomographie (MRA) der gesamten Aorta	488,87 €
13375	Magnetresonanztomographie (MRA) der Arterien und/oder Venen im Halsbereich oder oberen Thoraxbereich (z.B. supraaortale Äste mit Aortenbogen) oder Thorax-Abdomen-Bereich oder Abdomen-Beckenbereich	497,06 €
13376	Angiographie-Magnetresonanztomographie der Becken- und Beingefäße	537,76 €
13377	Magnetresonanztomographie einer Extremität und/oder deren Abschnitte (Ober- und Unterarm oder Ober- und Unterschenkel), ggf. einschließlich Hand oder Fuß	440,00 €
13378	Angiographie-Magnetresonanztomographie einer Hand oder eines Fußes	387,01 €
13379	Magnetresonanztomographie des Herzens nativ einschließlich Funktionsanalyse, ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	565,36 €
13380	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel zur Myokardcharakterisierung und Vitalitätsanalyse, ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	679,96 €
13381	Untersuchung mit physikalisch definierter oder pharmakologischer Belastung einschließlich Funktionsanalyse, zeitgleich mit der Leistung nach Nummer 13342, 13379 oder 13380, einschließlich Medikamentenapplikation, EKG- und Blutdrucküberwachung, ggf. einschließlich EKG-Triggerung <i>Die Leistung nach Nummer 13381 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	283,89 €
13382	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13381 für radiologisch-kardiologisches Konsil und/oder Mitbefundung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13382 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13382 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.</i>	54,43 €
13383	Quantitative softwaregestützte Analyse der funktionellen Herzparameter, einschließlich Flussmessung, ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	431,10 €
13384	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13379, 13380 oder 13383 für die Analyse des rechten Ventrikels	100,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13385	Magnetresonanz-Angiographie (MRA) der intrakraniellen Arterien und/oder Venen <i>Die Leistung nach Nummer 13381 ist nur in begründeten Einzelfällen mehr als einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	353,91 €
13386	Fusion der Bilddaten computertomographischer und/oder magnetresonanztomographischer Tomographien mit den Bilddaten einer Untersuchung mit der Positronen-Emissions-Tomographie (z.B. PET-CT, PET-MRT, SPECT-CT), einschließlich Kontrolle	58,63 €
13387	Magnetresonanztomographie zur Bestrahlungsplanung und/oder OP-Navigationsplanung	264,76 €
13388	Funktionelle Magnetresonanztomographie im Rahmen der Epilepsiediagnostik oder im Rahmen der Diagnostik von Hirntumoren oder vaskulären Malformationen im Bereich des Gehirns, ggf. einschließlich EEG-Triggerung	517,18 €
13389	Echtzeit-Magnetresonanz-Monitoring zur intraoperativen Therapiekontrolle, zur MRT-gesteuerten fokussierten Ultraschalltherapie oder Echtzeit-MRT des Herzens	288,83 €
13390	Magnetresonanztomographische Untersuchung mit weniger als vier Sequenzen (z.B. flair Sequenz Hirnschädel des Kindes) oder abgebrochene Untersuchung	251,79 €
13392	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13314, 13315, 13317, 13318, 13319, 13320, 13321, 13322, 13324, 13325, 13328, 13329, 13330, 13331, 13332, 13333, 13334, 13335, 13336, 13338, 13339, 13340, 13342, 13347, 13348, 13349, 13350, 13351, 13359, 13360, 13361, 13362, 13363, 13364, 13365, 13366, 13371, 13374, 13375, 13376, 13377, 13378, 13379, 13385, 13387, 13388 oder 13390 für zusätzliche Sequenzen bei Einsatz von intravenösem Kontrastmittel (bei CT)	24,10 €
13393	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13347, 13348, 13349, 13350, 13351, 13359, 13360, 13361, 13362, 13363, 13364, 13365, 13366, 13368, 13370, 13371, 13374, 13375, 13376, 13377, 13378, 13379, 13385, 13387, 13388 oder 13390 für zusätzliche Sequenzen bei Einsatz von intravenösem Kontrastmittel (bei MRT)	26,60 €
13395	MRT Spektroskopie, einschließlich Auswertung	596,72 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13397	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 141,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13397, 13398 oder 13399 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13397 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13397 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13397 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	45,00 €
13398	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 141,00 EUR bis zu 380,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13397, 13398 oder 13399 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13398 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13398 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13398 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	60,00 €
13399	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 380,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13397, 13398 oder 13399 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13399 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13399 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13399 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	70,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13400	Digitale Volumentomographie eines Kieferteils oder eines Extremitätengelenks, ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion	139,30 €

Vertraulich

II. Nuklearmedizin**14.02****Allgemeine Bestimmungen**

1. Bei der Auswahl und Dosierung des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind die jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und die jeweils gültige Strahlenschutzverordnung zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung und Zuschlagsleistung berechnungsfähig.
2. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen.
3. Ergänzungsleistungen nach Nummer 13543 bis 13549 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig.
4. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 13540 und 13544 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden.
5. Die Leistungen nach Nummer 13540, 13543, 13544 oder 13545 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
6. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
7. Die für die Anwendung erforderlichen Materialkosten der radioaktiven Stoffe (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für den Transport der zur Untersuchung notwendigen gebrauchsfertigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind in Höhe der tatsächlich angefallenen Kosten gesondert berechnungsfähig.
Wird der radioaktive Stoff von einer anderen als der nächstgelegenen Quelle zum Ort der Leistungserbringung bezogen, sind die tatsächlichen Transportkosten nur in Höhe von 80 % berechnungsfähig.
In der Rechnung sind die für die Anwendung erforderliche Aktivitätsmenge sowie die Wegstrecke von der Bezugsquelle zum Ort der Anwendung in km anzugeben.
8. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
9. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper, mit Ausnahme der endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden, ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
10. Rechnungsbestimmungen:
 - a. Der Arzt darf nur die für die Anwendung erforderliche Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
 - b. Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.
11. Die Zweitbefundung oder Mitbefundung von nuklearmedizinischem Bildmaterial (z.B. Szintigraphie, SPECT, PET) oder anderen bildgebenden Verfahren des Abschnitts O II, auch im Rahmen der Telemedizin und nach Nummer 13513, sind nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Die gutachtliche Zweitbefundung ist über die Leistungen nach Nummer 307 oder 308 berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13500	Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse,	54,23 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
	ggf. einschließlich Darstellung dystoper Anteile <i>Die Leistung nach Nummer 13500 ist neben der Leistung nach Nummer 13501 oder 13502 nicht berechnungsfähig.</i>	
13501	Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse einschließlich quantitativer Untersuchung mit Bestimmung der globalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse, einschließlich Messwertverarbeitungssystem ggf. als Jodidclearance-Äquivalent <i>Die Leistung nach Nummer 13501 ist neben der Leistung nach Nummer 13500, 13502, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	131,79 €
13502	Radiojodkurztest der Schilddrüse bis zu 24 Stunden, ggf. einschließlich - Blutaktivitätsbestimmungen - szintigraphischer Untersuchung(en) <i>Die Leistung nach Nummer 13502 ist neben der Leistung nach Nummer 13500, 13501, 13503, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	104,09 €
13503	Radiojodtest der Schilddrüse vor Radiojodtherapie mit I-131, mit mindestens zwei zeitlichen Messpunkten, davon einer später als 24 Stunden nach Verabreichung, ggf. einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen <i>Die Leistung nach Nummer 13503 ist neben der Leistung nach Nummer 13502, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	130,07 €
13504	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	124,22 €
13505	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums, je Untersuchung <i>Die lumbale Punktion und Applikation sind gesondert berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.</i>	71,02 €
13506	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion in mindestens vier Projektionen	125,90 €
13507	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	146,73 €
13508	Szintigraphische Untersuchung der Myokardbewegung mit quantitativer Bestimmung von mindestens einer Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe, einschließlich EKG-Triggerung oder List-mode-Akquisition, ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 13508 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2910, 2925, 13509, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	129,34 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13509	Szintigraphische Untersuchung der Myokardbewegung als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation, einschließlich EKG-Triggerung oder List-mode-Akquisition, ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 13509 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2910, 2925, 13508, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	206,61 €
13510	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe, ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 13510 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2910, 2925, 13511 oder 13512 nicht berechnungsfähig.</i>	99,77 €
13511	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation, ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 13511 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2910, 2925, 13510 oder 13512 nicht berechnungsfähig.</i>	173,21 €
13512	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation, ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 13512 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2910, 2925, 13510 oder 13511 nicht berechnungsfähig.</i>	284,30 €
13513	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13509, 13511 oder 13512 für nuklearmedizinisch-kardiologisches Konsil und/oder Mitbefundung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13513 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 13513 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.</i>	26,63 €
13514	Ganzkörperszintigraphie des Skeletts, einschließlich Schädel und Körperstamm in zwei Sichten oder Projektionen, ggf. einschließlich der Extremitäten oder Teilen der Extremitäten <i>Die Leistung nach Nummer 13514 ist neben der Leistung nach Nummer 13515 nicht berechnungsfähig.</i>	237,98 €
13515	Teilkörperskelettszintigraphie, ggf. einschließlich der kontralateralen Seite <i>Die Leistung nach Nummer 13515 ist neben der Leistung nach Nummer 13514 nicht berechnungsfähig.</i>	145,51 €
13516	Ganzkörperszintigraphie des Knochenmarks, Schädel und Körperstamm in zwei Projektionen, ggf. einschließlich der Extremitäten oder Teilen der Extremitäten	237,98 €
13517	Verteilungsszintigraphie eines großen Gelenks, einschließlich intraartikulärer Injektion des Radiopharmazeutikums <i>Die Punktion des Gelenks ist gesondert berechnungsfähig.</i>	90,26 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13518	Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten tumoraffinen Substanzen in einer und/oder mehreren Region(en) <i>Die intravenöse Injektion der tumoraffinen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 13518 sind die Leistungen nach Nummer 13519 oder 13525 nicht berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.</i>	130,91 €
13519	Ganzkörper-Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten, tumoraffinen Substanzen <i>Die intravenöse Injektion der tumoraffinen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 13519 sind die Leistungen nach Nummer 13518 oder 13525 nicht berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.</i>	298,61 €
13520	Perfusionsszintigraphie der Nieren, einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung <i>Die Leistungen nach Nummer 13520, 13521 oder 13523 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13520 ist neben der Leistung nach Nummer 13521, 13523, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	130,55 €
13521	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance, ggf. einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards <i>Die Leistungen nach Nummer 13520, 13521 oder 13523 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13521 ist neben der Leistung nach Nummer 13520, 13523, 13524, 13540, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	249,09 €
13522	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13520 oder 13521 für ein zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, ggf. einschließlich Medikamentengabe <i>Die Indikation (z.B. Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) für die Erbringung des Zuschlags nach Nummer 13522 ist in der Rechnung anzugeben.</i>	81,05 €
13523	Statische Nierenzintigraphie <i>Die Leistungen nach Nummer 13520, 13521 oder 13523 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	75,52 €
13524	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmessplätzen oder mittels mehrfacher Blutaktivitätsbestimmungen im Gammacounter, ggf. einschließlich - Registrierung mehrerer Kurven - Blutaktivitätsbestimmungen <i>Die Leistung nach Nummer 13524 ist neben der Leistung nach Nummer 13521, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	69,33 €
13525	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe mit Ausnahme der Schilddrüse <i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben. Die intravenöse Injektion der radioaktiven Substanz(en) ist gesondert berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 13525 sind die Leistungen nach Nummer 13518 und 13519 nicht berechnungsfähig.</i>	133,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13526	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts zur Blutungsquellensuche nach Gabe von radioaktiv-markierten Erythrozyten <i>Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 13526 ist neben der Leistung nach Nummer 13527 nicht berechnungsfähig.</i>	133,09 €
13527	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. der Speicheldrüsen und/oder der Ösophagus-Passage und/oder zum Nachweis eines Meckel'schen Divertikels), ggf. einschließlich - gastralem Reflux - Magenentleerung - Gallenwege - Gallenreflux <i>Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 13527 ist neben der Leistung nach Nummer 13526 nicht berechnungsfähig.</i>	144,57 €
13528	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), ggf. in mehreren Ebenen	121,85 €
13529	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten, ggf. einschließlich der kontralateralen Seite <i>Die Leistung nach Nummer 13529 ist neben der Leistung nach Nummer 13540 nicht berechnungsfähig.</i>	100,44 €
13530	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflussgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten, ggf. einschließlich der kontralateralen Seite	210,70 €
13531	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13530 für die postszintigraphische Wächterlymphknoten-Sondenmessung	44,29 €
13532	Intraoperative Lymphknoten-Sondenmessung <i>Die Leistung nach Nummer 13532 ist einmal je operativem Zugang berechnungsfähig.</i>	71,38 €
13533	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen <i>Die intravenöse Injektion der Testsubstanz(en) ist gesondert berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 13533 sind die Leistungen nach Nummer 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	114,75 €
13534	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13533 für die Bestimmung des Abbauorts <i>Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.</i>	23,71 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13535	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben in einer Region <i>Die intravenöse Injektion der Testsubstanz(en) ist gesondert berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 13535 ist die Leistung nach 13536 nicht berechnungsfähig.</i>	145,51 €
13536	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben im gesamten Stammbereich und/oder an den Extremitäten <i>Die intravenöse Injektion der Testsubstanz(en) ist gesondert berechnungsfähig. Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben. Neben der Leistung nach Nummer 13536 ist die Leistung nach Nummer 13535 nicht berechnungsfähig.</i>	299,47 €
13537	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor, einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum <i>Die Leistung nach Nummer 13537 ist neben der Leistung nach Nummer 13543, 13544 oder 13545 nicht berechnungsfähig.</i>	58,15 €
13538	Szintigraphische Untersuchung von Pleuraergüssen oder Peritonealergüssen mit selektiver Applikation eines Radiopharmakons in den Pleuralraum oder Peritonealraum, einschließlich intracavitärer Applikation	85,58 €
13539	Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z.B. Ejektionsfraktion mit Messsonde) ohne Gruppenzuordnung auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle	65,52 €
13540	Funktionsszintigraphie, einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus Regionen von Interesse (ROI) und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurf fraktion aus Erster Radionuklid-Passage), je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13540 ist neben der Leistung nach Nummer 13521, 13543, 13544 oder 13545 nicht berechnungsfähig.</i>	79,12 €
13541	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	86,86 €
13542	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik <i>Die Leistung nach Nummer 13542 ist neben der Leistung nach Nummer 13344, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.</i>	24,69 €
13543	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung, mindestens zwei Regionen von Interesse (ROI) <i>Die Leistung nach Nummer 13543 ist neben der Leistung nach Nummer 13501, 13502, 13503, 13508, 13509, 13520, 13521, 13524, 13533, 13537, 13540, 13541, 13542 oder 13544 nicht berechnungsfähig.</i>	47,87 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13544	Sequenzszintigraphie, mindestens sechs Bilder in schneller Folge <i>Die Leistung nach Nummer 13544 ist neben der Leistung nach Nummer 13501, 13502, 13503, 13508, 13509, 13520, 13521, 13524, 13533, 13537, 13540, 13541, 13542 oder 13544 nicht berechnungsfähig.</i>	41,51 €
13545	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung <i>Die Leistung nach Nummer 13545 ist neben der Leistung nach Nummer 13501, 13502, 13503, 13508, 13509, 13520, 13521, 13524, 13533, 13537, 13542 oder 13562 nicht berechnungsfähig.</i>	43,30 €
13546	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13500, 13504, 13505, 13506, 13507, 13508, 13509, 13510, 13511, 13512, 13514, 13515, 13516, 13517, 13518, 13519, 13523, 13525, 13526, 13527, 13528, 13529, 13530, 13533, 13535, 13536, 13537, 13538, 13539, 13541 oder 13545 für Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT) mit Darstellung in mindestens drei Ebenen <i>Der Zuschlag nach Nummer 13546 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13547 nicht in einer Sitzung berechnungsfähig.</i>	120,01 €
13547	Zuschlag zu den szintigraphischen Leistungen nach Nummer 13500, 13504, 13505, 13506, 13507, 13508, 13509, 13510, 13511, 13512, 13514, 13515, 13516, 13517, 13518, 13519, 13523, 13525, 13526, 13527, 13528, 13529, 13530, 13533, 13535, 13536, 13537, 13538, 13539, 13541 oder 13545 für Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT) mit Darstellung in mindestens drei Ebenen mit quantitativer Auswertung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13547 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13546 nicht in einer Sitzung berechnungsfähig.</i>	179,86 €
13548	In-vitro-Markierung von Blutzellen, einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen	55,87 €
13549	Messung mit dem Ganzkörperzähler, ggf. einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren <i>Die Leistung nach Nummer 13549 ist neben der Leistung nach Nummer 13501, 13502, 13503, 13508, 13509, 13520, 13521, 13524, 13533, 13537 oder 13542 nicht berechnungsfähig.</i>	52,20 €
13550	Positronen-Emissions-Tomographie mit quantitativer Auswertung, je Region <i>Die Leistung nach Nummer 13550 ist neben der Leistung nach Nummer 13551 nur einmal in einer Sitzung berechnungsfähig.</i>	598,83 €
13551	Positronen-Emissions-Tomographie von Körperstamm und proximalen Extremitäten mit quantitativer Auswertung	686,80 €
13552	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13551 für Ganzkörperaufnahmen (z.B. gesamte Körperoberfläche) <i>Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13552 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.</i>	99,82 €
13553	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13550 und/oder 13551 für sequentielle und/oder dynamische Aufnahmen mit Bestimmung der Zeit-Radioaktivitätskurven	98,94 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13554	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13500, 13504, 13505, 13506, 13507, 13508, 13509, 13510, 13511, 13512, 13514, 13515, 13516, 13517, 13518, 13519, 13523, 13525, 13526, 13527, 13528, 13529, 13530, 13533, 13535, 13536, 13537, 13538, 13539, 13541, 13545, 13550 oder 13551 für rechnergestützte, rekonstruktive dreidimensionale Bildanalyse und -darstellung mehrerer planarer Ebenen (z.B. multiplanar reconstruction (MPR), maximum intensity projection (MIP)) bei Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT) oder Positronen-Emissionstomographie (PET), je Sitzung	54,12 €
13555	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen oder Applikation von Radiojod zur Diagnostik bei Schilddrüsenkarzinom, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13555 ist neben der Leistung nach Nummer 13556 nicht berechnungsfähig.</i>	211,04 €
13556	Systemische Radionuklidtherapie, je Sitzung <i>Die intravenöse Injektion der tumoraffinen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13556 ist neben der Leistung nach Nummer 13555 nicht berechnungsfähig.</i>	317,85 €
13557	Lokale Radionuklidtherapie in einer Körperhöhle oder in einem Gelenk oder in einem Organ, einschließlich Applikation <i>Die Punktionsleistung ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13557 ist neben der Leistung nach Nummer 13559 nicht berechnungsfähig.</i>	205,14 €
13558	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13556 oder 13557 bei Anwendung von Alpha-Strahlern	153,98 €
13559	Lokale Behandlung mit radioaktiven Substanzen mittels Selektiver Interner Radionuklidtherapie (SIRT), einschließlich Einbringung des Therapeutikums, je Zielvolumen <i>Zu jedem Zielvolumen ist die applizierte Aktivitätsmenge in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13559 ist neben der Leistung nach Nummer 13557 nicht berechnungsfähig.</i>	394,45 €
13560	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13555, 13556, 13557 oder 13559 für die posttherapeutische Bestimmung von Herddosen, ggf. einschließlich Berechnungen aufgrund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität	113,32 €
13561	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts für die Erbringung der Leistung nach Nummer 13555, 13556, 13557 oder 13559, einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen, je Sitzung	68,92 €
13562	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie), mindestens zwei Aufnahmen <i>Die Leistung nach Nummer 13562 ist die Leistung nach Nummer 13545 nicht berechnungsfähig.</i>	41,69 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13563	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 87,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13563, 13564 oder 13565 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13563 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13563 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13563 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €
13564	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 87,00 EUR bis zu 146,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13563, 13564 oder 13565 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13564 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13564 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13564 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
13565	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O II, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 146,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13563, 13564 oder 13565 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13565 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13565 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13565 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	50,00 €

III. Strahlentherapie

14.03

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen des Abschnitts O III sind sowohl für die Behandlung benigner als auch maligner Erkrankungen berechnungsfähig.
Die Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder aller onkologisch zusammenhängender Zielvolumina (T und N), unabhängig davon, ob die Strahlenbehandlung geplant oder ungeplant unterbrochen wurde.
Das Zielvolumen bei benignen und malignen Erkrankungen ist das Volumen, in denen ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis), unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis (Einzeldosis), erreicht werden soll.
Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Zielvolumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche klinische Zielvolumina festgelegt. Zielvolumen sind z.B.: Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion, Metastasen oder regionale Lymphabflusswege.
Ein Zielvolumen kann auch ein Teilvolumen innerhalb eines größeren Volumens sein (simultan integrierter Boost). Primärtumor bzw. Primärtumorregion und Lymphabflusswege stellen grundsätzlich zwei Zielvolumina dar.
Bei der Rechnungsstellung sind die Zielvolumina zu benennen, zu nummerieren und mit der entsprechenden applizierten Gesamtdosis (in Gy) zu versehen.
Zusätzlich ist die applizierte Strahlendosis für jedes Zielvolumen je Behandlungstag anzugeben.
Bei räumlich nicht zusammenhängenden Zielvolumina, ohne unmittelbaren Kontakt handelt es sich um jeweils ein 1. Zielvolumen.
Die Bestrahlungssitzung umfasst den Zeitraum, in dem die geplante Tagesdosis appliziert wird.
Ausnahme bildet die geplante Hyperfraktionierung, die in der Rechnung medizinisch zu begründen ist.
Der zeitliche Mindestabstand zwischen zwei Bestrahlungssitzungen im Sinne der Hyperfraktionierung muss mindestens sechs Stunden betragen. Die Uhrzeiten sind in der Rechnung anzugeben.
2. Die Leistung nach Nummer 13614, 13637 oder 13638 ist entsprechend der applizierten Gesamtdosis (in Gy) am Ende einer Bestrahlungsserie einmal je vollem Gy, je Zielvolumen berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13615, 13617, 13618, 13633, 13634 ist entsprechend der applizierten Gesamtdosis (in Gy) am Ende einer Bestrahlungsserie einmal je vollem Gy für das erste Zielvolumen berechnungsfähig. Jedes weitere Zielvolumen ist anteilig entsprechend der Legendierung berechnungsfähig. Die Festlegung der Ausdehnung oder der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen.
3. Ein Bestrahlungsplan kann je Bestrahlungsserie nur für das erste Zielvolumen einmal berechnet werden. Eine Mehrfach- oder Nebeneinanderberechnung der Bestrahlungsplanung nach Nummer 13600, 13601, 13602, 13603, 13607, 13608, 13609 oder 13610 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig bei wesentlichen Änderungen der Bestrahlungstechnik, Wechsel der Energie- bzw. Strahlenart, Shrinking Field Technik und Änderung der Zielvolumina bei Tumorprogress bzw. -regress. Die Mehrfach- oder Nebeneinanderberechnung sind in der Rechnung anzugeben und medizinisch zu begründen.
4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose und je Zielvolumen die Bestrahlungsart und die Gesamtdosis. Mit den Gebühren für die Bestrahlungsplanung sind die Kosten für Dokumentation(en) und die Aufbewahrung von Datenträgern abgegolten.
5. Die Leistungen für die High-Dose-Rate (HDR)-Brachytherapie beinhalten die Beladung von Applikator(en), Nadel(n) oder eines oder mehrerer Kanäle mit radioaktiven Materialien, im Rahmen der Bestrahlung. Die Kosten der radioaktiven Quellen für die HDR-Brachytherapie können als Sachkosten nicht gesondert berechnet werden.
6. Cyberknife- und Gammaknife-Techniken sind mit den Gebührenpositionen der Stereotaxie des Abschnitts O III abzurechnen.
7. Bei jeder Strahlentherapiebehandlung ist grundsätzlich einer Hypofraktionierung der Vorrang einzuräumen, sofern diese in den entsprechenden Leitlinien als medizinisch gleichwertig oder überlegen eingestuft wird. Eine Abweichung von dieser Regel ist zu begründen.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13600	Erstellung eines nicht-rechnergestützten Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach Nummer 13614 oder 13615, ggf. einschließlich Simulation, je Zielvolumen	28,04 €
13601	Erstellung eines rechnergestützten Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach Nummer 13614, 13615, 13619, 13620 oder 13625, ggf. einschließlich Simulation, je Zielvolumen bei perkutaner Bestrahlung oder je Bestrahlungsserie bei Brachytherapie	365,00 €
13602	Erstellung eines rechnergestützten individuellen 3D-Bestrahlungsplans bei Strahlentherapie nach den Leistungen nach Nummer 13615 oder 13620, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz - Festlegung des Zielvolumens - Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - inverser oder durch KI gestützter Optimierung, einmal je erstes Zielvolumen	560,00 €
13603	Erstellung eines rechnergestützten individuellen 3D-Bestrahlungsplans bei der High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie mit bis zu 10 Nadeln, Applikatoren oder Kanälen nach den Leistungen nach Nummer 13621, 13623, 13624, 13625, 13626 oder 13627 anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz, einschließlich - Röntgenlokalisation - Festlegung des Zielvolumens - individuelle Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion, - schnittbildgestützte Navigation - Simulation - inverser oder durch KI gestützter Optimierung, je Bestrahlungssitzung	303,87 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13604	Erstellung eines rechnergestützten individuellen 3D-Bestrahlungsplans bei der permanenten interstitiellen Low-Dose-Rate (LDR) Brachytherapie mit bis zu 10 Nadeln, Applikatoren oder Kanälen bzw. bei der Verwendung von Augenapplikatoren, nach den Leistungen nach Nummer 13622 oder 13629 anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz, einschließlich - Röntgenlokalisation - Festlegung des Zielvolumens - individuelle Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - schnittbildgestützte Navigation - Simulation - inverser oder durch KI gestützter Optimierung, je Bestrahlungsserie	317,28 €
13605	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13603 oder 13604 bei Anwendung von mehr als 10 Nadeln, Applikatoren oder Kanälen	60,35 €
13606	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13603 oder 13604 für Realtime-Planning und/oder Post-Planning	36,21 €
13607	Erstellung einer rechnergestützten individuellen Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Bestrahlung nach den Leistungen nach Nummer 13616 oder 13617, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz - Festlegung des Zielvolumens - individuelle Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - KI gestützter Optimierung - Individueller Dosimetrie und Qualitätssicherung - Verwendung besonderer Algorithmen zur Bestimmung der Fluenzmatrizen der einzelnen Strahlenfelder -inverser Planung, bei der aus der Form des Zielvolumens sowie unter Berücksichtigung der spezifizierten Toleranzdosen die Fluenzprofile berechnet werden, einmal je erstes Zielvolumen	2 516,95 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13608	Erstellung eines rechnergestützten, individuellen IMRT Bestrahlungsplans für die Leistung nach Nummer 13618, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz - Festlegen des Zielvolumens - Individuelle Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane - Individueller Dosimetrie und Qualitätssicherung - Verwendung besonderer Algorithmen zur Bestimmung der Fluenzmatrizen der einzelnen Strahlenfelder - Inverse Planung, bei der aus der Form des Zielvolumens sowie unter Berücksichtigung der spezifizierten Toleranzdosen die Fluenzprofile berechnet werden, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - KI gestützter Optimierung, einmal je erstes Zielvolumen <i>Die Leistung nach Nummer 13608 ist neben der Leistung nach Nummer 13600, 13601, 13602, 13607, 13609, 13610 oder 13611 nicht berechnungsfähig.</i>	2 323,16 €
13609	Rechnergestützte Bestrahlungsplanung für die Ganzkörper- oder Ganzhautbestrahlung nach den Leistungen nach Nummer 13637 oder 13638 über 3D-Planung und/oder in vivo Dosimetrie, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen im 3D-Datensatz - Festlegung des Zielvolumens - individuelle Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - KI gestützter Optimierung, je Bestrahlungsserie	822,44 €
13610	Erstellung einer rechnergestützten individuellen Bestrahlungsplanung für die Bestrahlung mit Protonen nach der Leistung nach Nummer 13633, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchung im 3D-Datensatz - Festlegung des Zielvolumens - individueller Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - Berücksichtigung biologischer Wichtungsfaktoren/robuste Therapieplanung - KI gestützter Optimierung, einmal je erstes Zielvolumen	3 444,18 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13611	Erstellung einer rechnergestützten individuellen Bestrahlungsplanung für die Bestrahlung mit schweren Teilchen nach der Leistung nach Nummer 13634, einschließlich - Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchung im 3D-Datensatz - Festlegung des Zielvolumens - individueller Berechnung der Dosisverteilung für das Zielvolumen sowie die Risikoorgane, ggf. einschließlich - Bildfusion - Simulation - Berücksichtigung biologischer Wichtungsfaktoren/robuste Therapieplanung - KI gestützter Optimierung, einmal je erstes Zielvolumen	3 444,18 €
13613	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13601, 13602, 13607, 13608, 13609, 13610 oder 13611 für die individuelle Herstellung von Fixierungshilfen, Kompensatoren und individuell geformten Bleiabsorbern	15,68 €
13614	Bestrahlung mit Photonen (bis zu 1 MeV), je Zielvolumen, je 1 Gy	21,93 €
13615	Bestrahlung mit Photonen (mehr als 1 MeV) oder Elektronen, erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 3 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13615 ist maximal fünfmal nebeneinander berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13615 ist für das gleiche Zielvolumen an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 13616, 13617, 13618, 13619 oder 13620 nicht berechnungsfähig.</i>	93,39 €
13616	Stereotaktische Einzeitbestrahlung (Radiochirurgie) (mehr als 1MeV), ggf. einschließlich Fixierung, je Zielvolumen je 4 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13616 ist bis zu fünfmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	1 822,53 €
13617	Fraktionierte stereotaktische Bestrahlung (mehr als 1MeV), ggf. einschließlich Fixierung, erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 5 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13617 ist maximal fünfmal nebeneinander berechnungsfähig.</i>	253,31 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13618	Intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT) mittels Photonen (mehr als 1MeV) oder Elektronen, z.B. in Step and shoot-, Sliding window-, VMAT-/Rapid Arc- oder Tomotherapie-Technik, erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 5 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13618 ist maximal fünfmal nebeneinander berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13618 ist für das gleiche Zielvolumen neben der Leistung nach Nummer 13614, 13615, 13616, 13617, 13620 oder 13638 nicht berechnungsfähig.</i>	176,10 €
13619	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Röntgenstrahlen (bis 400 kV), je Bestrahlungssitzung	192,31 €
13620	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen oder Photonen (mehr als 1 MeV), je Bestrahlungssitzung	608,33 €
13621	Intraoperative Strahlenbehandlung mittels High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie, je Bestrahlungssitzung	766,87 €
13622	Bestrahlung mittels Augenapplikatoren, je Bestrahlungssitzung	336,18 €
13623	Bestrahlung mittels High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie mit Moulagen, je Bestrahlungssitzung	336,18 €
13624	Perkutane Kontaktbestrahlung mittels Radionukliden, je Bestrahlungssitzung	249,02 €
13625	Bestrahlung mittels intrakavitärer High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie, je Bestrahlungssitzung	704,48 €
13626	Bestrahlung mittels intraluminaler High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie, je Bestrahlungssitzung	828,95 €
13627	Bestrahlung mittels interstitieller High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie, durch Nadeln, Applikatoren oder Kanäle, je Bestrahlungssitzung	902,54 €
13628	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13623, 13625, 13626 oder 13627 für die Pulsed-Dose-Radiotherapie, bis zu 24 Stunden	847,88 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13629	Bestrahlung mittels permanenter Low-Dose-Rate (LDR) Brachytherapie, durch Nadeln, Applikatoren oder Kanäle, je Bestrahlungsserie <i>Die Leistung nach Nummer 13629 ist im Krankheitsfall für dasselbe Zielvolumen nur einmal berechnungsfähig.</i>	1 593,45 €
13630	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13621, 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627 oder 13629 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von bis zu zwei Nadeln, Applikatoren oder Kanälen	41,41 €
13631	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13621, 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627 oder 13629 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von bis zu zehn Nadeln, Applikatoren oder Kanälen	124,22 €
13632	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13621, 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627 oder 13629 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von mehr als zehn Nadeln, Applikatoren oder Kanälen	165,63 €
13633	Bestrahlung mit Protonen bei folgenden Indikationen: - Chordom oder Chondrosarkom - zerebrale arteriovenöse Malformation (AV) - Uveamelanom, sofern eine Brachytherapie, unabhängig der Technik, ungeeignet ist - Speicheldrüsenkarzinom - Ösophaguskarzinom - Tumor im Kindesalter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern der Tumor in die Studienkonzepte der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) und/oder der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Radioonkologie (APRO) integriert ist, erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13633 ist maximal fünfmal nebeneinander berechnungsfähig.</i>	764,19 €
13634	Bestrahlung mit schweren Teilchen bei folgenden Indikationen: - Chordom oder Chondrosarkom - zerebrale arteriovenöse Malformation (AV) - Uveamelanom, sofern eine Brachytherapie, unabhängig der Technik, ungeeignet ist - Speicheldrüsenkarzinom - Tumor im Kindesalter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern der Tumor in die Studienkonzepte der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) und/oder der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Radioonkologie (APRO) integriert ist, erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13634 ist maximal fünfmal nebeneinander berechnungsfähig.</i>	924,44 €
13635	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13615, 13616, 13617, 13618, 13633 oder 13634 für die atemphasengesteuerte (computergesteuerte Atemtriggerung) Durchführung der Bestrahlung, je Bestrahlungssitzung	135,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13636	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13615, 13616, 13617, 13618, 13633 oder 13634 bei bildgeführter Bestrahlung (IGRT), unabhängig von der Art des bildgebenden Verfahrens (einschließlich Cone-Beam-Verfahren), jedoch nicht bei Verwendung von MR-gesteuerter Bestrahlung, ggf. einschließlich Bildfusion, je Bestrahlungssitzung <i>Neben dem Zuschlag nach Nummer 13636 sind Leistungen aus dem Abschnitt O I oder C VI im direkten zeitlichen Zusammenhang für diesen Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig.</i>	80,00 €
13637	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmark-/Stammzelltransplantation, je 1 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13637 ist im Krankheitsfall bis zu zwölfmal berechnungsfähig.</i>	176,19 €
13638	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je 1 Gy <i>Die Leistung nach Nummer 13638 ist im Krankheitsfall bis zu achtmal berechnungsfähig.</i>	92,61 €
13639	Lokoregionale Hyperthermie in Kombination mit einer Strahlen- und/oder Chemotherapie mit vorangehender Planung, einschließlich - kontinuierlicher Temperaturmessung und Dokumentation der gemessenen Parameter, ggf. einschließlich - Überwachung der Vitalparameter - Anlegen und Lagekontrolle von Temperatursonden, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13639 ist neben der Leistung nach Nummer 13933, 13934, 13935, 13936, 13937 oder 13938 nicht berechnungsfähig.</i>	414,78 €
13640	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 237,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13640, 13641 oder 13642 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13640 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13640 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13640 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	20,00 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13641	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 237,00 EUR bis zu 465,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13640, 13641 oder 13642 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13641 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13641 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13641 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	35,00 €
13642	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts O III, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 465,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13640, 13641 oder 13642 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13642 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13642 ist für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13642 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.</i> <i>Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	50,00 €
13643	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13615, 13616, 13617 oder 13618 bei MR-gesteuerter Bestrahlung (MR-Linac) <i>Neben dem Zuschlag nach Nummer 13643 sind Leistungen aus dem Abschnitt O I oder C VI im direkten zeitlichen Zusammenhang für diesen Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 13643 ist innerhalb eines Zeitraumes von 6 Monaten bis zu achtmal berechnungsfähig.</i>	360,42 €

Kapitel P

Sektionsleistungen

Vertraulich

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen des Kapitels P umfassen ausschließlich die Durchführung der inneren Leichenschau.

Ggf. erforderliche histologische/zytologische Leistungen sind neben den Leistungen des Kapitels P nach Kapitel N berechnungsfähig.

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13700	Vollständige Obduktion, einschließlich pathologisch-anatomischer Diagnose und Obduktionsprotokoll	1 263,40 €
13701	Vollständige Obduktion, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht, z.B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen, einschließlich pathologisch-anatomischer Diagnose und Obduktionsprotokoll	1 642,16 €
13702	Vollständige Obduktion einer exhumierten Leiche, einschließlich pathologisch-anatomischer Diagnose und Obduktionsprotokoll	2 210,05 €
13703	Obduktion, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt, einschließlich pathologisch-anatomischer Diagnose und Obduktionsprotokoll	884,64 €

Kapitel R

Rehabilitationsmedizinische Leistungen

Vertraulich

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13800	(Früh-)Rehabilitative und sozialmedizinische Anamnese, Untersuchung, rehabilitativer Behandlungsplan, Anleitung und/oder Schulung und/oder Behandlung, standardisierte Dokumentation behandlungsbedürftiger Einschränkung(en) der Funktionsfähigkeit bei Krankheit(en), Verletzung(en) oder Störung(en), unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensbedingungen des Patienten auf Grundlage der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Dauer mindestens 40 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13800 ist in demselben Krankheitsfall nur einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13800 ist neben der Leistung nach Nummer 13803 nicht berechnungsfähig.</i>	94,84 €
13801	Rehabilitative und sozialmedizinische Folge- oder Abschlussanamnese, Untersuchung, Anleitung und/oder Schulung und/oder Behandlung, standardisierte Dokumentation noch bestehender behandlungsbedürftiger Einschränkung(en) der Funktionsfähigkeit bei Krankheit(en), Verletzung(en) oder Störung(en), unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensbedingungen des Patienten auf Grundlage der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), ggf. einschließlich - Anpassung des Behandlungsplans nach der Leistung nach Nummer 13800 - Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit, Dauer mindestens 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13801 ist in demselben Krankheitsfall bis zu viermal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13801 ist neben der Leistung nach Nummer 13803 nicht berechnungsfähig.</i>	23,73 €
13802	Anwendung und Auswertung standardisierter, auf die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bezogener, klinischer Assessment-Verfahren zur standardisierten Erhebung der Funktionsfähigkeit und zur Beurteilung des Behandlungspotentials (z.B. ICF Core Sets und/oder Functional Independence Measure (FIM) und/oder erweiterter Barthel-Index und/oder Tinetti-Test 1 oder 2) mit Dokumentation <i>Die Leistung nach Nummer 13802 setzt voraus, dass zuvor im gleichen Krankheitsfall die Leistungen nach Nummer 13800 oder 13801 erbracht wurden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13802 ist in demselben Krankheitsfall nur einmal pro Woche berechnungsfähig.</i>	59,92 €
13803	Schriftliche, individuelle Planung, Leitung und Überwachung einer rehabilitativen Behandlung, Frührehabilitation und/oder multimodalen Komplexbehandlung unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte <i>Diese Leistung nach Nummer 13803 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung ist die schriftliche, individuelle Planung von</i> - mindestens 10 Therapietagen oder - 30 Therapieeinheiten. <i>Die Leistung nach Nummer 13803 ist neben der Leistung nach Nummer 13800 oder 13801 nicht berechnungsfähig.</i>	58,41 €

Kapitel S

Sonstige Leistungen

Vertraulich

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13900	Nahrungsmittelunverträglichkeitstestung mittels IgG Bestimmung <i>Die Leistung nach Nummer 13900 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.</i>	14,87 €
13901	Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels RNA- und/oder DNA/RNA-Isolierung <i>Die Leistung nach Nummer 13901 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.</i>	28,31 €
13902	Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels Bakterienanzucht <i>Die Leistung nach Nummer 13902 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.</i>	80,00 €
13903	Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) <i>Die Leistung nach Nummer 13903 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.</i>	153,31 €
13904	Umfangreicher Arzneimittel-Test nach Übersichtsmessungen der peripheren Messpunkte, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13904 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	77,84 €
13905	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13904 mit deutlich höherem Aufwand, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13905 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	38,92 €
13906	Erfassung der Mundbatteriemessung pro Messstelle, einschließlich Protokoll bei maximal 8 Messvorgängen oder 12 verschiedenen Messungen, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13906 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	4,29 €
13907	Herzfrequenzvariabilitäts- (HFV-) Messung zur Messung der Herzrhythmusstabilität unter sympathischer und parasympathischer Steuerung, vier Ableitungen, Aufzeichnung über 15 Minuten einschließlich Auswertung, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13907 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13907 ist neben der Leistung nach Nummer 2900 oder 2901 nicht berechnungsfähig.</i>	23,19 €
13908	Regulationstest, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13908 ist bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	69,14 €
13909	Nicht-apparativer klinischer Muskelfunktionstest zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, Dauer mindestens 10 Minuten	26,91 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13910	Messung der Leitwertveränderung auf der Haut über verschiedene Verfahren (z.B. BFD, BIT), je Sitzung	46,20 €
13911	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13910 bei außergewöhnlichem Aufwand mit Dreifachmessung unter neuraltherapeutischer Abfrage, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 13911 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	31,86 €
13912	Durchführung von Testverfahren der psychophysiologischen Regulationstherapie im Sinne der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD), ggf. computergestützt, Dauer 30 bis 45 Minuten <i>Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13912 ist neben der Leistung nach Nummer 1400 oder 1401 nicht berechnungsfähig.</i>	60,10 €
13913	Durchführung von Testverfahren der psychophysiologischen Regulationstherapie im Sinne der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD), ggf. computergestützt, Dauer 45 bis 60 Minuten <i>Die Dauer und das jeweilige Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13913 ist neben der Leistung nach Nummer 1400 oder 1401 nicht berechnungsfähig.</i>	85,11 €
13914	Mikroaderlass	15,68 €
13915	Pulsbestimmte Ausleitung mit Bioresonanztherapie, auch im Sinne der Isopathie, Autonosode, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13915 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	28,26 €
13916	Anwendung einer Kolonhydrotherapie als therapeutische Kolonlavage unter Nutzung eines Therapiegerätes in Kombination mit Kolonmassage und Atemtherapie	54,81 €
13917	Durchführung allgemeiner ausleitender Verfahren im Rahmen einer naturheilkundlichen Behandlung (z.B. therapeutisches Erbrechen, Abführverfahren)	32,12 €
13920	Behandlung mit Wickeln oder Kompressen unter Zusatz von Substanzen, je Sitzung	20,02 €
13921	Pulsierende Signaltherapie (PST)	15,20 €
13922	Nicht-invasive Magnetfeldtherapie, Dauer bis zu 20 Minuten, je Sitzung <i>Bei Erbringung als MBST ist die Leistung je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig. Die Dauer ist in der Rechnung anzugeben.</i>	23,73 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13923	Matrix-Regenerationstherapie, Dauer bis zu 45 Minuten, je Sitzung	12,48 €
13924	Atemtherapie nach Middendorf oder vergleichbare Verfahren, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13924 ist neben der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002 oder 2003 nicht berechnungsfähig.</i>	39,78 €
13925	Direktive Tiefenentspannungstherapie auf Basis der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD)	36,69 €
13926	Psychovegetative Regulationstherapie unter Verwendung der Konfliktfarben auf Basis der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD), Dauer mindestens 50 Minuten, je Sitzung	91,65 €
13927	Körperarbeit mittels Alexander-Technik, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13927 ist neben der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002 oder 2003 nicht berechnungsfähig.</i>	20,12 €
13928	Rhythmische Massage nach Ita Wegman, Dauer mindestens 20 Minuten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13928 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 2102, 2103, 2104 oder 13929 nicht berechnungsfähig.</i>	38,06 €
13929	Spezialmassage gemäß Ayurveda, Dauer mindestens 60 Minuten, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13929 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 2104 oder 13928 nicht berechnungsfähig.</i>	84,02 €
13930	Chinesische Manualtherapie Tuina mit mindestens vier Grifftechniken, Dauer je vollendete 10 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13930 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.</i>	19,14 €
13931	Behandlung mittels Vibratode im Sinne einer biomechanischen Muskelstimulation, Dauer 6 bis 12 Minuten, je nach Körperregion, je Sitzung	18,07 €
13932	Triggerpunkt- und/oder Reflexzonenmassage, z.B. Fußreflexzonenmassage, je Sitzung	42,18 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13933	Ganzkörperhyperthermie (GKHT) durch Behandlung des ganzen Körpers mit Infrarot-A-Strahlung als milde Form (Zieltemperatur bis zu 38,4 °C, Dauer 60 - 90 Minuten), einschließlich - Lagerung und Vorbereitung des Patienten - Anlegen von Temperatursonden - kontinuierlicher Temperaturmessung und Dokumentation der gemessenen Parameter, je vollendete 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13933 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13933 ist neben der Leistung nach Nummer 13934, 13935, 13936, 13937 oder 13938 nicht berechnungsfähig.</i>	96,75 €
13934	Ganzkörperhyperthermie (GKHT) durch Behandlung des ganzen Körpers mit Infrarot-A-Strahlung als moderate Form (Zieltemperatur 38,5 - 40,5 °C, Dauer 2 - 6 h), einschließlich - Lagerung und Vorbereitung des Patienten - Anlegen von Temperatursonden - kontinuierlicher Temperaturmessung und Dokumentation der gemessenen Parameter, je vollendete 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13934 ist je Sitzung bis zu zwölfmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13934 ist neben der Leistung nach Nummer 13933, 13935, 13936, 13937 oder 13938 nicht berechnungsfähig.</i>	112,53 €
13935	Ganzkörperhyperthermie (GKHT) durch Behandlung des ganzen Körpers mit Infrarot-A-Strahlung als extreme Form (Zieltemperatur von mindestens 41,5 °C bis über 42 °C, Dauer 4 - 8h, ohne Stoffwechselbeeinflussung unter intensivmedizinischer Betreuung), einschließlich - Lagerung und Vorbereitung des Patienten - Anlegen von Temperatursonden - kontinuierlicher Temperaturmessung und Dokumentation der gemessenen Parameter, je vollendete 30 Minuten <i>Die Leistung nach Nummer 13935 ist je Sitzung bis zu sechzehnmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 13935 sind ggf. intensivmedizinische Leistungen berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 13935 ist neben der Leistung nach Nummer 13933, 13934, 13936, 13937 oder 13938 nicht berechnungsfähig.</i>	140,98 €
13936	Lokale Hyperthermie durch Behandlung mit InfraRot-A-Strahlung, einschließlich Vorbereitung und Überwachung des Patienten und Einrichten des Gerätes, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13936 ist neben der Leistung nach Nummer 13934, 13933, 13937, 13938 oder 13935 nicht berechnungsfähig.</i>	57,27 €

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
13937	Oberflächenhyperthermie als lokale Behandlung mittels kapazitiv gekoppelten Elektroden oder hochfrequenten Radiowellen, einschließlich Vorbereitung und Überwachung des Patienten und Einrichten des Gerätes, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13937 ist neben der Leistung nach Nummer 13933, 13934, 13935, 13936 oder 13938 nicht berechnungsfähig.</i>	121,42 €
13938	Lokoregionale Hyperthermie mit umschriebenen elektromagnetischen Feldern mittels kapazitiv gekoppelten Elektroden oder hochfrequenten Radiowellen, einschließlich Vorbereitung und Überwachung des Patienten und Einrichten des Gerätes, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 13938 ist neben der Leistung nach Nummer 13933, 13934, 13935, 13936 oder 13937 nicht berechnungsfähig.</i>	195,86 €

Rechnungsformular (Anlage 2)

Vertraulich

Rechnungsempfänger/-in

AnredeTitelVornameName

Straße u. Haus-Nr./Postfach

PLZOrt

Land

Rechnungsstellende Ärztin/Rechnungsstellender Arzt ggf. Facharztbezeichnung

AnredeTitelVornameName

Straße u. Haus-Nr./ Postfach

PLZOrt

Land

Tel.

[ggf. JÜSt.-ID Nr.

Kontoinhaber/-in

Name der Bank

IBAN

BIC

Rechnungsdaten

Rechnungsdatum	Rechnungsnummer	Bitte zahlen Sie bis zum...	Gesamtrechnungsbetrag EUR

Behandelte Person

Anrede/Titel	Vorname	Name	Geburtsdatum

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Anrede/Titel	Vorname	Name	Praxisadresse	PLZ	Ort

Diagnosen/Behandlungsanlässe

Behandlungsdatum	ICD-Code¹/Diagnose im Klartext	OPS-Code/ unverschlüsselte operative Leistung im Klartext²	Hauptdiagnose³	Lokalisierung⁴

¹ die bei Aufnahme der Behandlung aktuelle ICD-Version gilt
² obligatorische Angabe bei operativen Leistungen
³ bitte ankreuzen
⁴ R (rechts), L (links) und B (beidseitig), soweit nicht bereits über ICD bestimmt

(Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Grün hinterlegte Felder nur bei Relevanz ausfüllen; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden)

Leistungen nach GOÄ

Datum	Uhrzeit/ Dauer ¹	Präfix ²	GOÄ-Nr.	Anzahl	Faktor- Grund ³	Faktor ⁴	Minderung ⁵	Legendentext/ggf. Begründung	lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Betrag EUR
Gesamtbetrag GOÄ-Leistungen EUR										

¹ sofern im Legendentext explizit gefordert
² wenn entsprechende Leistung vorliegt: „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „F“: Leistung zur Früherkennung, „A“: analog nach GOÄ berechnete Leistung
³ Grund für die Abweichung vom Gebührensatz: „HV“ für Honorarvereinbarung; „BT“ für Basistarif; „ST“ für Standardtarif; „NT“ für Notlagentarif; „AB“ für Allgemeine Bestimmung (in Begründung AB angeben)
⁴ Faktor, mit dem der Gebührensatz multipliziert wird
⁵ Minderung in % gem. § 6a

Sachkosten/Auslagen¹

Datum	PZN	Bezeichnung ²	Menge	Betrag EUR ³
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen in EUR				

¹ entfällt, wenn nicht berechnet
² Bezeichnung der Auslage, bei Arzneimitteln Wirkstoffname, bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M ist der Ort der Leistungserbringung anzugeben
³ übersteigt der Betrag für eine Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg beizufügen

Wegegeld/Reiseentschädigung¹

Datum	Entfernung (km) ²	Verkehrsmittel	Nachtbesuch ³	Abwesenheit (Stunden)	Übernachtungs- kosten EUR	Betrag EUR
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung EUR						

¹ entfällt, wenn nicht berechnet
² bis zu 25 km: Wegegeld; über 25 km: Reiseentschädigung
³ bitte ankreuzen

Gesamtrechnungsbetrag

	EUR

Diese Rechnung ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.