Entwurf einer neuen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

als Kompromiss zwischen

Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung

Stand: 15.07.2026

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 4
Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage 1) 13
A. Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen 13
B. Grundleistungen, Allgemeinmedizin 18
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen 20
II. Spezielle Beratungen und Untersuchungen 28
III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche 35
IV. Berichte, Briefe 39
V. Todesfeststellung 41
VI. Zuschläge 43
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen 45
I. Anlegen von Verbänden 46
II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen 55
III. Punktionen 71
IV. Impfungen und Testungen 76
V. Intensivmedizinische Leistungen 81
VI. Sonographische Leistungen 91
VII. Testverfahren 113
VIII. Schlafmedizinische Leistungen 115
D. Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin 123
Zuschläge für ambulante Anästhesieleistungen 124
I. Anästhesieleistungen 126
II. Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen 137
E. Physikalisch medizinische Leistungen 143
I. Inhalation 145
II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen 146
III. Massagen und Lymphdrainagen 149
IV. Hydrotherapie 151
V. Wärme- und Kältetherapie 152
VI. Elektrotherapie 153
VII. Ergotherapie 154
VIII. Logopädie 155
IX. Planung, Einleitung, Koordination, Therapiekontrolle 156
F. Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen 159
I. Angiologie 160
II. Kardiologie 164
III. Invasive Kardiologie 169

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

IV. Gastroenterologie ... 185
V. Proktologie ... 192
VI. Nephrologie ... 196
VII. Pneumologie ... 201
VIII. Rheumatologie/Immunologie ... 207
IX. Hämatologie/Onkologie/Infektiologie ... 210
X. Endokrinologie/Diabetologie ... 212
XI. Arbeitsmedizin ... 215
XII. Kinder- und Jugendmedizin ... 216
XIII. Dermatologie ... 219
XIV. Konservative Orthopädie ... 227
G. Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen ... 233
I. Neurologie, Neuropädiatrie ... 234
II. Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin ... 245
III. Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken ... 255
H. Gynäkologie und Geburtshilfe ... 263
I. Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ... 264
II. Konservative Gynäkologie und Geburtshilfe ... 271
I. Leistungen der konservativen Augenheilkunde ... 280
J. Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie ... 290
K. Leistungen der konservativen Urologie ... 309
L. Chirurgie ... 314
Zuschläge für ambulantes Operieren ... 318
Zuschläge für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr ... 320
I. Plastische Chirurgie, Oberflächenchirurgie, Replantationschirurgie ... 321
II. Operative Orthopädie und Traumatologie ... 399
III. Arthroskopien ... 453
IV. Endoprothetik ... 468
V. Neurochirurgie ... 519
VI. Wirbelsäulenchirurgie ... 532
VII. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ... 549
VIII. Halschirurgie ... 566
IX. HNO-Chirurgie ... 572
X. Thoraxchirurgie ... 606
XI. Herzchirurgie ... 620
XII. Gefäßchirurgie ... 631
XIII. Operative Gynäkologie ... 648

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

XIV. Operative Urologie 658
XV. Operative Augenheilkunde 679
XVI. Hernienchirurgie 695
XVII. Viszeralchirurgie 701
XVIII. Operative Proktologie 756
M. Ärztliche Laboratoriumsleistungen 767
I. Präsenzlabor 771
II. Basislabor 779
III. Speziallabor 788
N. Zell- und gewebebasierte Leistungen 973
I. Histologie, Zytologie und Tumorgenetik 975
II. Zytogenetik und molekulare Zytogenetik 979
O. Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie 984
I. Radiologie 986
II. Nuklearmedizin 1010
III. Strahlentherapie 1021
P. Sektionsleistungen 1032
R. Rehabilitationsmedizinische Leistungen 1035
S. Sonstige Leistungen 1038
Rechnungsformular (Anlage 2) 1046

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Paragraphenteil der GOÄ

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

§ 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) [1]Vergütungen 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-)Ärztekammer erbracht werden. [2]Leistungen, 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). [3]Vor 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) [1]Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende, höhere Gebühr durch Festlegung eines Faktors bestimmt werden, mit dem der Gebührensatz zu multiplizieren ist. [2]Für 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. [3]Im 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. [4]Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) [1]Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung vom Gebührensatz im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. [2]Die 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 einen Kostenträger möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. [3]Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. [4]Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 3 GOÄ – Vergütungen

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

§ 4 GOÄ – Gebühren

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

(1) [1]Die Gebühr entspricht dem nicht unterschreitbaren Gebührensatz (§ 5), soweit nicht durch diese Verordnung oder ein Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. [2]Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. [3]Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten.

(2) [1]Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). [2]Als 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. [3]Eine 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) [1]Wird 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 BPflV 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. [2]Eine Vertretung bei Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort im Sinne des § 2a KHG ist grundsätzlich ausgeschlossen. [3]Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.

(2b) [1]Für 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.

[2]Der Patient ist rechtzeitig über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten. [3]Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.

(2c) [1]In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes unabhängig von der Verhinderung des Wahlarztes je ein weiterer ärztlicher Spezialist 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. [2]Der Patient ist rechtzeitig darüber zu unterrichten, wenn die Leistung durch den ärztlichen Spezialisten erbracht wird. [3]Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.

(2d) [1]Als 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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 oder ärztlichen Spezialisten nach Absatz 2c Satz 1 oder durch den in Absatz 2b vereinbarten Vertreter persönlich erbracht werden. [2]Bei der wahlärztlichen Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigte und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte Rechnungsstellung.
[3]Wird 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) [1]Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. [2]Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. [3]Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung. [4]Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.

(4) [1]Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist. [2]Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(5) [1]Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. [2]Eine 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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

§ 5 GOÄ – Gebührensatz

Der Gebührensatz ist der im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) jeder Leistung zugeordnete Eurobetrag.

§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

(1) [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]Entgegen Satz 1 erfolgt die Rechnungsstellung ausschließlich unter Verwendung eines maschinenlesbaren Formulars gemäß Anlage 2 der Gebührenordnung für Ärzte.

(2) [1]Selbstständige ärztliche Leistungen können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie noch nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung). [2]Der 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. [3]Empfehlungen 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) [1]Bei 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 um 25 Prozent zu mindern. [2]Die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten beträgt 15 Prozent. [3]Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Nummer 504 des Gebührenverzeichnisses. [4]Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.

(2) [1]Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 9 bleiben unberührt. [2]Auslagen 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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

§ 8 GOÄ – Wegegeld

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

1.	bis zu zwei Kilometern,	7,00 Euro,
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	14,00 Euro,
2.	mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern	13,00 Euro,
	bei Nacht	20,00 Euro,
3.	mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern	20,00 Euro,
	bei Nacht	30,00 Euro,
4.	mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern	30,00 Euro,
	bei Nacht	50,00 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

1. 50 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,00 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen

(1) [1]Neben 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.

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

(2) [1]Nicht 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.

[2]Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) [1]Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die jeweiligen Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. [2]Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. [3]Werden 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. [4]Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

§ 11 GOÄ – Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) [1]Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, dürfen Gebühren für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. [2]In diesen Fällen müssen die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von § 4 Absatz 1 Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen treffen. [3]Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.

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

§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) [1]Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. [2]Die Rechnung soll innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden.

(2) [1]Die 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; die Angaben sind nicht erforderlich, sofern schutzwürdige Interessen des Patienten entgegenstehen,
2. den Namen des Rechnungsstellers und des verantwortlichen Arztes gemäß § 4 Absatz 2, den Namen des Zahlungspflichtigen und des Patienten sowie dessen Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,
3. bei Leistungen deren Nummer, die Anzahl und den Titel der Leistungslegende (gegebenenfalls unter Verwendung einer Kurzbezeichnung),
4. den jeweiligen Eurobetrag, sowie eine in den Allgemeinen Bestimmungen oder Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses genannte Dauer und erforderliche Begründung (insbesondere Organbezeichnung, abrechnungsbegründende Diagnose, medizinische Begründung, Uhrzeit der Leistungserbringung),
5. bei Gebühren für vollstationäre, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche 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. § 403 und nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 404 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 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 Leistung 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 oder Pharmazentralnummer (PZN), sowie die konkret verbrauchte Menge. [2]Übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg über die entstandenen Kosten beizufügen,

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

10. bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M nach § 10 Absatz 3 den Ort der Leistungserbringung.

[2]Voraussetzung für die Fälligkeit der Rechnung ist die Verwendung des maschinenlesbaren Rechnungsformulars gemäß Anlage 2; maßgeblich sind die nach Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 und 5 genannten Angaben. [3]Zur 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. [4]Die Vergütung wird auch fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der Vereinbarung nach Satz 3 entsprechende Rechnung erteilt wird.

(3) [1]Mit schriftlichem Einverständnis des Patienten und dem Einverständnis des Kostenträgers kann die Rechnung direkt an den Kostenträger übermittelt werden. [2]Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung. [3]Die Übermittlung der Rechnung kann jeweils in elektronischer Form erfolgen.

(4) In der Rechnung sind folgende spezifische Leistungen, Auslagen und Entschädigungen durch vorangestellte Buchstaben (Präfixe) zu kennzeichnen:

1. Leistungen auf Verlangen mit „V“,
2. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen mit „F“,
3. Ersatz von Auslagen mit „E“,
4. Wegegeld mit „W“,
5. Reiseentschädigungen mit „R“,
6. Analogleistungen nach § 6 Absatz 2 mit „A“.

(5) [1]Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen auf der Rechnung verständlich anzugeben. [2]Anzugeben ist des Weiteren die Nummer der Leistung und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung.

(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) [1]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 oder begonnen worden sind. [2]Eine Rechnung nach § 12 dieser Verordnung darf keine Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) enthalten.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **A**

Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 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. **Leistungen sind Hauptleistungen und Zuschläge. Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Leistung berechnet werden. Wird eine Leistung analog berechnet, ist ein ihr zugeordneter Zuschlag berechnungsfähig, soweit dies nach Sinn und Zweck des Zuschlags gerechtfertigt ist.**

4. **Bei Leistungslegenden mit geschlechtsspezifischem Inhalt ist nicht der im Personenstandsregister eingetragene Geschlechtseintrag maßgeblich. Entscheidend ist der individuelle medizinische Bedarf nach Maßgabe der biologischen und psychosozialen Gegebenheiten.**

5. **Als Behandlungsfall gilt für die Prävention oder Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.**

6. **Als Krankheitsfall gilt für die Prävention oder Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Jahres nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.**

7. **Enthält die Leistungslegende den Zusatz „je Sitzung“, ist die betreffende Nummer 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 betreffenden Nummer(n). 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 berechnet werden, sofern die Erbringung der betreffenden Leistung(en) in einer weiteren, vom ersten Arzt-Patienten-Kontakt zeitlich abgegrenzten Sitzung medizinisch erforderlich ist.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

8. **Sofern in der Leistungslegende Leistungen als nebeneinander nicht 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.**

9. **Leistungen, die sowohl als selbstständige Leistungen als auch als obligater oder fakultativer Leistungsbestandteil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis enthalten sind, sind in einer Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig. Gleiche fakultative Leistungsbestandteile schließen die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit von Leistungen nicht aus.**

10. **Das deutliche Überschreiten der im Legendentext beschriebenen Mindestdauer berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der jeweiligen Nummer, soweit nicht in der Leistungslegende ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.**

11. **Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungsbestandteile durch ein „und“ verbunden, ist die betreffende Nummer nur berechnungsfähig, wenn alle Leistungsbestandteile erbracht worden sind. Die betreffende Nummer ist nur einmal berechnungsfähig.**

12. **Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „oder“ verbunden, ist die betreffende Nummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Werden mehrere in der Leistungslegende mit „oder“ verbundene Leistungen erbracht, ist die betreffende Nummer entsprechend mehrfach berechnungsfähig.**

13. **Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und/oder“ verbunden, ist die betreffende Nummer 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, ist die betreffende Nummer nur einmal berechnungsfähig.**

14. **Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „einschließlich“ werden alle obligatorisch zu erbringenden Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Nummer kann nur dann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) und alle obligatorischen Leistungsbestandteile erbracht worden sind.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

15. **Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „ggf. einschließlich“ werden alle fakultativ erbringbaren Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Nummer kann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) sowie ggf. enthaltene obligatorische Leistungsbestandteile (im Zusatz mit „einschließlich“ gekennzeichnet) erbracht worden sind. Die Erbringung fakultativer Leistungsbestandteile ist keine zwingende Voraussetzung zur Berechnung der betreffenden Nummer.**

16. **Der Begriff „ein- oder beidseitig“ in der Leistungslegende lässt bei Eingriffen, die z.B. auf paarig angelegte Organe oder beide Körperhälften bezogen sind, eine Berechnungsfähigkeit der Nummer bereits dann zu, wenn der Eingriff nur auf einer Seite durchgeführt wird. Auch wenn die Maßnahmen auf beiden Seiten erfolgen, ist die Nummer nur einmal berechnungsfähig.**

17. **Dokumentationen sind stets Bestandteil der zugrundeliegenden Leistung und dürfen nicht gesondert berechnet werden.**

18. **Bei einer analogen Abrechnung einer nicht im Gebührenverzeichnis abgebildeten Leistung gelten für die analog berechnete Leistung sämtliche Rahmenbedingungen der herangezogenen originären Leistung (also insbesondere die Abrechnungsbestimmungen, die Allgemeinen Bestimmungen und die Zuschläge).**

19. **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 Leistung mit dem höchsten 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.

20. **Sofern die Leistungsinhalte dazu geeignet sind, können die Leistungen des vorliegenden Gebührenverzeichnisses grundsätzlich auch per Videoübertragung (z.B. Videosprechstunde) erbracht werden.**

21. **Rechtzeitig im Sinne des § 4 Absatz 2b GOÄ bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten.**

22. **Belege im Sinne des § 12 Absatz 2 Satz 1 Nr. 9 GOÄ sind grundsätzlich Belege von Dritten (beispielsweise Hersteller und Lieferanten).**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

23. Bei Ansatz eines Faktors oder der Minderung gemäß § 6a GOÄ sind bei der Berechnung der Gebühr sich ergebende Bruchteile eines Cent unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **B**

Grundleistungen, Allgemeinmedizin

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

1. **Die Leistungen nach Nummer 1 oder 4 und/oder 15 bis 19 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, 15 bis 19 und/oder 21 und 22 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen 01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1	**Persönliche Beratung durch den Arzt,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 2 nicht berechnungsfähig.*	**14,11 €**
2	**Persönliche Beratung durch den Arzt,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 2 ist neben der Leistung nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig.*	**21,21 €**
3	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1 oder 2 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten** *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.* *Der Zuschlag nach Nummer 3 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.*	**80,21 €**
4	**Beratung durch den Arzt mittels Telefon oder elektronischer Kommunikation,** Dauer bis zu 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4 ist neben der Leistung nach Nummer 5 nicht berechnungsfähig.*	**14,01 €**
5	**Beratung durch den Arzt mittels Telefon,** Dauer mehr als 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 5 ist neben der Leistung nach Nummer 4 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6 ist im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 6 ist neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.*	**25,00 €**
7	**Ärztliche Beratung des Patienten im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (im Verzeichnis des BfArM gelistete DiGA, §139e, Abs. 1 Satz 1 SGB V),** ggf. einschließlich Beratung zur Validität der Vitalparameter und/oder medizinischen Daten *Die Leistung nach Nummer 7 ist im Kalenderjahr zweimal berechnungsafähig.* *Die Leistung nach Nummer 7 ist neben der Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.*	**43,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8	**Reisemedizinische Beratung durch den Arzt,** einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 8 ist entweder als alleinige Gesprächsleistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 9 berechnungsfähig.*	**6,90 €**
9	**Reisemedizinische Beratung durch den Arzt,** einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 9 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.*	**21,69 €**
10	**Erhebung einer ausführlichen Erstanamnese,** Dauer 60 Minuten *Die Art der Anamnese (z.B. umweltmedizinische, allergologische, schmerztherapeutische, diabetologische, osteopathische) ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 10 ist neben der Leistung nach Nummer 124 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 10 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 10 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese einmal berechnungsfähig.*	**128,12 €**
11	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10 für eine längere Erstanamnese,** je vollendete 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 11 ist im Kalenderjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**57,02 €**
12	**Erhebung einer ausführlichen Folgeanamnese,** Dauer mindestens 30 Minuten *Die Art der Anamnese (z.B. umweltmedizinische, allergologische, schmerztherapeutische, diabetologische, osteopathische) ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 12 ist neben der Leistung nach Nummer 124 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 12 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.Die Leistung nach Nummer 12 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**73,89 €**
13	**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** *Die Leistung nach Nummer 13 kann in begründeten Einzelfällen telefonisch erbracht werden. Die Begründung ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13 ist nicht berechnungsfähig, wenn sie während einer anderen Beratungsleistung erbracht wird.*	**30,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
14	**Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen, auch mittels Telefon oder elektronsicher Kommunikation, 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 *Die Leistung nach Nummer 14 ist anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnungsfähig.*	**3,34 €**
15	**Symptombezogene klinische Erstuntersuchung** *Die Leistung nach Nummer 15 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.*	**14,36 €**
16	**Symptombezogene klinische Folgeuntersuchung** *Die Leistung nach Nummer 16 ist neben der Leistung nach Nummer 15 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 16 ist pro Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**12,08 €**
17	**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 Gehörgange 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 *Die Leistung nach Nummer 17 ist auch für die Untersuchung eines einäugigen Patienten berechnungsfähig.*	**18,53 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
18	**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 €**
19	**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 €**
20	**Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata**	**14,61 €**
21	**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 *Die Leistung nach Nummer 21 ist im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 21 ist nicht berechnungsfähig für die Sichtung einfacher Befundberichte.*	**41,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
22	**Planung, Einleitung und Koordination flankierender diagnostischer und/oder therapeutischer und zusätzlicher sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines Patienten** *Die Leistung nach Nummer 22 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 22 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 22 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. Die Leistung nach Nummer 22 ist neben der Leistung nach Nummer 121 nicht berechnungsfähig.*	**42,48 €**
23	**Koordination und Zusammenarbeit mit Dritten, sofern die Leistung nicht mit Nummer 22 abgerechnet werden kann** *Die Leistung nach Nummer 23 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig.*	**32,43 €**
24	**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 €**
25	**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 *Die Leistung nach Nummer 25 ist im Kalenderhalbjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**90,00 €**
26	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 25 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 €**
27	**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) *Die Leistung nach Nummer 27 ist im Kalenderhalbjahr neben der Leistung nach Nummer 25 oder 26 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach der Nummer 27 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.*	**41,35 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
35	**Aktualisierung eines Datensatzes Persönliche Erklärungen (DPE),** ggf. einschließlich Angaben zu - Willenserklärungen zur Organ- und/oder Gewebespende und/oder - Patientenverfügung(en) und/oder - Vorsorgevollmacht(en) *Die Leistung nach Nummer 35 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**2,00 €**
36	**Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese (Nummer 10 oder 12) 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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 36, 37 oder 38 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 36 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 36 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,00 €**
37	**Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese (Nummer 10 oder 12) 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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 36, 37 oder 38 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 37 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 37 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
38	**Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese (Nummer 10 oder 12) 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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 36, 37 oder 38 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 38 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 38 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 38 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Spezielle Beratungen und Untersuchungen 01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
100	**Strukturierte ambulante Schulung, auch Gerätegebrauchsschulung, eines Patienten und/oder einer Betreuungsperson,** Dauer mindestens 15 Minuten *Der Inhalt der Schulung ist in der Rechnung anzugeben.*	**29,02 €**
101	**Strukturierte, ambulante, qualitätsgesicherte Schulung eines Patienten, nach einem von einem Arzt evaluierten Programm zur Diagnostik, Therapie und Alltagsbewältigung und/oder einer Betreuungsperson,** Dauer mindestens 30 Minuten *Der Inhalt der Schulung ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Der Inhalt der Schulung sowie die Teilnehmerzahl sind in der Rechnung anzugeben.*	**15,74 €**
103	**Strukturierte ambulante, qualitätsgesicherte Gruppenschulung nach einem evaluierten Programm durch ein Schulungsteam (Arzt und qualifizierte Mitarbeiter) in der Gruppe bis zu 10 Patienten,** je Patient und/oder ggf. je Elternteil, je vollendete 45 Minuten *Der Inhalt der Schulung sowie die Teilnehmerzahl sind in der Rechnung anzugeben.*	**31,50 €**
104	**Strukturierte ambulante, qualitätsgesicherte Gruppenschulung nach einem evaluierten Programm durch ein Schulungsteam (Arzt und qualifizierte Mitarbeiter) in der Gruppe bis zu 10 Patienten,** je Patient und/oder ggf. je Elternteil, je vollendete 60 Minuten *Der Inhalt der Schulung sowie die Teilnehmerzahl sind in der Rechnung anzugeben.*	**42,00 €**
105	**Eingehende humangenetische Beratung bei eindeutiger medizinischer Indikation,** je vollendete 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 105 ist neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4 oder 8 nicht berechnungsfähig.*	**46,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
106	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 105 für eine schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand,** ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, einschließlich - Darstellung eines Stammbaums - individuelle Bewertung des Risikos für genetisch bedingte Erkrankungen bei der betroffenen Person oder zukünftigen Nachkommen - epikritische Bewertung und Therapieempfehlung je vollendete 30 Minuten	**65,08 €**
107	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 105 für eine schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand,** ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, einschließlich - Darstellung eines Stammbaums - individueller Bewertung des Risikos für genetisch bedingte Erkrankungen bei der betroffenen Person oder zukünftigen Nachkommen - epikritischer Bewertung und Therapieempfehlung bis zu 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 107 ist nur im Anschluss an die Nummer 106 berechnungsfähig.*	**19,72 €**
108	**Anamnese und verbale Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit ätiologischen Erwägungen,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 108 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 109 berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 108 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, 4517, 4518, 4520, 4522, 4523, 4527, 4528, 4529, 4530 oder 4531 nicht berechnungsfähig.*	**6,64 €**
109	**Anamnese und verbale Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit ätiologischen Erwägungen,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 109 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 109 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, 4517, 4518, 4520, 4522, 4523, 4527, 4528, 4529, 4530 oder 4531 nicht berechnungsfähig.* *Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 109 ist der erhöhte Zeitbedarf in der Rechnung medizinisch zu begründen.*	**21,63 €**
110	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 108 oder 109 für die Behandlung einer akuten psychischen Dekompensation**	**31,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
111	**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 *Neben der Leistung nach Nummer 111 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**70,00 €**
112	**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 *Neben der Leistung nach Nummer 112 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**64,95 €**
113	**Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf,** einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, ggf. auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken, ggf. einschließlich Eintragung der Untersuchungsergebnisse in den Mutterpass *Neben der Leistung nach Nummer 113 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**44,42 €**
114	**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 *Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.* *Neben der Leistung nach Nummer 114 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.* *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.* *Die Leistung nach Nummer 114 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistungen nach Nummer 786, 4707, 11747 oder 11748 sind neben der Leistung nach Nummer 114 nicht berechnungsfähig.*	**61,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
115	**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 *Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.* *Neben der Leistung nach Nummer 115 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 115 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 115 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.*	**53,09 €**
116	**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 *Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.* *Neben der Leistung nach Nummer 116 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 116 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 116 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 116 ist neben der Leistung nach Nummer 117 berechnungsfähig.*	**94,53 €**
117	**Untersuchung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute zur Früherkennung von Krebserkrankungen,** einschließlich der Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung+I57 *Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien der in der Leistungslegende inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführten Untersuchungen abgegolten.* *Neben der Leistung nach Nummer 117 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. andere Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 117 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 117 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 117 ist neben der Leistung nach Nummer 116 berechnungsfähig.*	**37,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
118	**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 €**
119	**Hausärztlich-geriatrisches Screening** unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und neuromuskulären Globaleindrucks mittels mindestens eines standardisierten qualitätsgesicherten Testverfahrens (z.B. geriatrisches Screening nach LACHS) *Die Leistung nach Nummer 119 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 119 ist neben der Leistung nach Nummer 125, 126 oder 127 nicht berechnungsfähig.*	**15,00 €**
120	**Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment zur quantitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen** unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und neuromuskulären Globaleindrucks mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren aus folgenden 3 Bereichen - Feststellung und Beurteilung der Sturzgefahr (z.B. timed up and go Test, chair rising Test oder Tinetti Test) - Feststellung und Beurteilung von kognitiven Einschränkungen (z.B. MMST, SKT oder MOCA Test) - Feststellung und Beurteilung der Alltagskompetenz (z.B. Barthel Test, IADL Skala nach Lawton und Brody) *Die Leistung nach Nummer 120 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 120 ist neben der Leistung nach Nummer 125, 126, 127 oder 121 nicht berechnungsfähig.*	**50,00 €**
121	**Spezialisiertes geriatrisches Assessment zur weiterführenden qualitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen** Die Leistung setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der geriatrischen Versorgung (z.B. Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung oder (psycho-)soziale Situation) voraus, die mit standardisierten Messverfahren der Stufe 2 untersucht werden. Beteiligung von mindestens 3 Gesundheitsfachberufen: Pflegefachpersonen, Physiotherapie, Ergotherapie und/ oder Logopädie. Festlegung von Therapiezielen einschließlich Erstellung eines Therapieplans, sowie Überprüfung des Medikationsplanes. *Die Leistung nach Nummer 121 ist innerhalb eines Kalenderhalbjahres einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 121 ist neben der Leistung nach Nummer 120 und 22 nicht berechnungsfähig*	**150,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
122	**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) *Neben der Leistung nach Nummer 122 sind andere Leistungen nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 122 ist Wegegeld berechnungsfähig.* *Die Berechnung der Leistung nach Nummer 122 setzt voraus, dass der Patient die Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen kann.*	**34,20 €**
123	**Eingehende Beratung einer Frau zu klimakterischen Beschwerden,** einschließlich Anamnese und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten *Neben der Leistung nach Nummer 123 sind Beratungs- oder Gesprächsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 123 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**64,95 €**
124	**Osteopathische Fallanalyse,** ggf. einschließlich Repertorisation, Dauer mindestens 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 124 ist neben der Leistung nach Nummer 10 oder 12 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 124 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Fallanalyse einmal berechnungsfähig.*	**66,00 €**
125	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 125, 126 oder 127 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 125 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 125 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 125 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
126	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 125, 126 oder 127 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 126 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 126 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 126 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
127	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 125, 126 oder 127 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 127 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 127 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 127 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche 01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
200	**Visite im Krankenhaus** *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.* *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.* *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.*	**14,00 €**
201	**Zweitvisite im Krankenhaus** *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.* *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.* *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.*	**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** *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.* *Der Zuschlag nach Nummer 204 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 205 ist neben der Leistung nach Nummer 206 oder 207 nicht berechnungsfähig.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
206	**Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen wegen Erkrankung erforderlich,** je vollendete 15 Minuten *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.* *Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.*	**25,00 €**
207	**Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt** *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.* *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.* *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.* *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.* *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.* *Die Leistung nach Nummer 207 ist neben der Leistung nach Nummer 208 oder 13513 nicht berechnungsfähig.*	**25,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.* *Der dokumentierte Beitrag anderer an der Konferenz teilnehmenden Ärzte ist bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Nummer 208 getrennt berechnungsfähig.* *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.* *Die Leistung ist nur bei einer Mindestanzahl von drei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 208 ist für die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Kalendermonats nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 208 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.* *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.*	**30,50 €**
209	**Ärztliche telekonsiliarische Befundbeurteilung im Rahmen bildgebender Verfahren (z.B. CT-, MRT-, Röntgenaufnahmen, Videoendoskopie, Sonographieaufnahmen) und/oder histologischer Befundungen (z.B. Schnittdiagnostik, Ausstrich) (Telekonsil)** *Die Leistung nach Nummer 209 ist nicht für die routinemäßige Befundbeurteilung innerhalb einer organisatorischen Einheit oder Praxis berechnungsfähig.*	**33,98 €**
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 212 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 210 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 210 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 212 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 211 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 211 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 210, 211 oder 211 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 212 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 212 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IV. Berichte, Briefe 01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
300	**Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis,** z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ggf. einschließlich elektronische Übersendung nach Einwilligung des Patienten *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.*	**6,47 €**
301	**Ausführlicher schriftlicher Befundbericht oder ausführliche Bescheinigung,** z.B. fachärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsbericht oder vorläufiger Entlassungsbericht *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.*	**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 *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.*	**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 *Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.*	**30,17 €**
304	**Individueller ernährungsmedizinischer und/oder differenzierter diabetologischer Therapieplan und/oder Anaphylaxie-Notfallplan und/oder schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte** *Die Leistung nach Nummer 304 ist im Kalenderhalbjahr bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**30,20 €**
305	**Behandlungsplan für eine medikamentöse Tumortherapie oder für eine spezifische immunsuppressive Behandlung und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt** *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.*	**50,00 €**
306	**Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch**	**22,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
307	**Schriftliche gutachtliche Äußerung** *Die Leistung nach Nummer 307 ist nur auf schriftliche Anforderung hin berechnungsfähig.*	**43,38 €**
308	**Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand,** ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, je vollendete 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 308 ist nur auf schriftliche Anforderung hin berechnungsfähig.*	**65,08 €**
309	**Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand,** ggf. mit wissenschaftlicher Begründung, bis zu 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 309 ist nur auf schriftliche Anforderung hin berechnungsfähig*	**19,72 €**
310	**Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Normseite** *Die Schreibgebühr ist nur neben der Leistung nach Nummer 306, 307, 308 oder 309 berechnungsfähig.*	**4,66 €**
311	**Kopiergebühr,** je Kopie *Die Kopiergebühr ist nur neben der Leistung nach Nummer 306, 307, 308 oder 309 berechnungsfähig.*	**0,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 oder Reiseentschädigung nach § 9 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 liquidationsberechtigen 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
500	**Zuschlag für dringend angeforderte Besuche aus der laufenden Sprechstunde und unverzüglich erfolgte Ausführung** *Der Zuschlag nach Nummer 500 ist nur neben der Leistung nach Nummer 202 oder 203 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.*	**25,00 €**
501	**Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr erbrachte Leistungen** *Der Zuschlag nach Nummer 501 ist nur neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4, 5, 15, 16, 17, 18, 19, 202, 203, 205, 206 oder 207 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 501 ist neben der Leistung nach Nummer 502, 200 oder 201 nicht berechnungsfähig.*	**20,00 €**
502	**Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen** *Der Zuschlag nach Nummer 502 ist nur neben der Leistung nach Nummer 1, 2, 4, 5, 15, 16, 17, 18, 19, 202, 203, 205, 206 oder 207 sowie Leistungen des Abschnitts B V berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 502 ist neben der Leistung nach Nummer 501, 200 oder 201 nicht berechnungsfähig.*	**40,00 €**
503	**Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen, Silvester oder Heilig Abend erbrachte Leistungen** *Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Nummer 503 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 503 ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.*	**25,00 €**
504	**Zuschlag zu der Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes,** je Patient und Kalendertag	**10,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **C**

Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
600	**Verband (ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Pflaster, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher),** ggf. einschließlich - Entfernen von altem Verbandsmaterial - Aufbringen von Externa und Wundauflagen *Die Leistung nach Nummer 600 ist neben einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion nicht berechnungsfähig.*	**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 *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.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 602 ist einmal je Gelenk berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.*	**16,14 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 603 ist einmal je Körperregion berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 622 ist neben der Leistung nach Nummer 4213, 4214, 8553 oder 8554 nicht berechnungsfähig.*	**49,45 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
626	**Zirkulärer Gehgipsverband bzw. härtender Verband des Unterschenkels mit Fußeinschluss, 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 *Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**102,30 €**
629	**Zirkulärer härtender Verband des Rumpfes als Korsett, individuell angefertigt und modelliert,** ggf. einschließlich - Hautabdeckung - Polsterung - Spaltung und Fensterung *Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 632 ist je Verband einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 634 ist je Verband einmal berechnungsfähig.*	**16,09 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 635 ist je Gelenk einmal berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.*	**16,14 €**
636	**Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) zur Entlastung von weichteiligen Strukturen,** wie z.B. Sehnenspiegel, Haut-, Unterhautgewebe, ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial *Die Leistung nach Nummer 636 ist je Körperregion einmal berechnungsfähig.*	**16,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 637 ist je Gelenk einmal berechnungsfähig. Werden aufgrund der angewandten Methode angrenzende Gelenke mitversorgt, ist dies nicht gesondert berechnungsfähig.*	**16,14 €**
638	**Semirigider Verband (z.B. mit Zinkleim oder Stärkebinden) des Rumpfes, individuell angefertigt,** ggf. einschließlich Entfernen von altem Verbandsmaterial *Die Leistung nach Nummer 638 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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** *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.*	**10,00 €**
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** *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 640 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 640 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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 641 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 641 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen 02.02

Allgemeine Bestimmungen

1. **Die Leistungen nach Nummer 704, 706, 707, 709, 710, 712, 714, 715 oder 717 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.**
2. **Die Leistungen nach Nummer 705, 711, 745, 752, 759, 761, 766, 774, 778, 781 oder 782 sind jeweils einmal je Kalendertag berechnungsfähig.**
3. **Die Leistungen nach Nummer 744, 747 oder 754 sind je Gefäßzugang einmal, jedoch nicht mehr als zweimal je Kalendertag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach Nummer 744, 747 oder 754 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße sowie deren Dokumentation in der Rechnung voraus.**
4. **Die Leistungen nach Nummer 744, 747 und/oder 754 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 744, 747 und/oder 754 im zeitlichen Zusammenhang nacheinander erbracht werden, ist nur die jeweils am höchsten bewertete Leistung berechnungsfähig.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**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 €**
702	**Kapillarblutentnahme,** auch zur Blutgasanalyse, einschließlich Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung	**5,01 €**
703	**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 €**
704	**Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär,** einschließlich der zur Injektion erforderlichen Punktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich Lokalanästhesie *Die Leistung nach Nummer 704 ist neben der Leistung nach Nummer 706, 707, 709 oder 728 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 704 ist neben der Leistung nach Nummer 729 oder 730 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**9,41 €**
705	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 704 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
706	**Therapeutische Injektion(en) von Botulinum-Toxin, z.B. zur Behandlung zentral-motorischer Störungen, einer Hyperhidrosis, einer peripheren Tendopathie, eines Torticollis oder eines Blepharospasmus sowie zur Behandlung der chronischen Migräne nach etabliertem Injektionsschema (z.B. PREEMPT-Schema),** einschließlich Versorgung der Punktionsstelle(n) (Verband o.ä.),je Indikation, je Seite, bei der Behandlung der chronischen Migräne je Therapieschema *Der Muskel ist in der Rechnung anzugeben. Bei der Behandlung der chronischen Migräne sind stattdessen die entsprechende Diagnose sowie das angewandte Therapieschema in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 706 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 709, 728, 729 oder 730 nicht berechnungsfähig.*	**90,08 €**
707	**Injektion(en) von Botulinum-Toxin zur kosmetischen Behandlung,** einschließlich Versorgung der Punktionsstelle(n) (Verband o.ä.), je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 707 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 728, 729 oder 730 nicht berechnungsfähig.*	**80,00 €**
708	**Behandlung von Krampfadern durch Verödung mittels Injektion,** ggf. einschließlich Schaumsklerosierung, je Extremität und je Sitzung	**48,41 €**
709	**Injektion in Harn- oder Geschlechtsorgane,** einschließlich der zur Injektion erforderlichen Punktion sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 709 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 706, 728, 729 oder 730 nicht berechnungsfähig.*	**22,05 €**
710	**Injektion, intravenös,** einschließlich Venenpunktion, sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung	**13,62 €**
711	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 710 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
712	**Injektion, intraarteriell,** einschließlich Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Kompressionsverband, je Sitzung	**16,41 €**
713	**Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie**	**11,42 €**
714	**Injektion, intraartikulär (in ein Gelenk),** einschließlich Punktion zur Lagekontrolle sowie Versorgung der Punktionsstelle (Verband o.ä.), ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Kompressionsverband, je Gelenk *Die Leistung nach Nummer 714 ist neben der Leistung nach Nummer 900, 901 oder 902 nicht berechnungsfähig.*	**21,35 €**
715	**Injektion in den Periduralraum,** einschließlich der erforderlichen Punktion des Periduralraumes sowie Versorgung der Punktionsstelle, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband, je Punktionsort *Die Leistung nach Nummer 715 ist neben der Leistung nach Nummer 1715, 1716, 1717, 1718 oder 1720 nicht berechnungsfähig.*	**35,00 €**
716	**Injektion in den Subarachnoidalraum,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband, je Punktionsort	**35,00 €**
717	**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 €**
718	**Legen eines Periduralkatheters in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs**	**68,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
719	**Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters,** einschließlich der erforderlichen Gefäßpunktion und der Fixation, ggf. einschließlich Infiltrationsanästhesie(n)	**74,38 €**
720	**Messung(en) des zentralen Venendrucks,** soweit nicht in anderen Leistungen enthalten	**13,10 €**
721	**Messung(en) des arteriellen Drucks,** soweit nicht in Komplexleistungen enthalten *Die Leistung nach Nummer 721 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**13,10 €**
722	**Injektion von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter** *Wird die Leistung nach Nummer 722 im Zusammenhang mit einer Allgemeinanästhesie berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 722 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 722 ist neben der Gabe von Medikamenten über einen eingebrachten Diagnostik-Katheter nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 722 ist bei Gabe von mehreren Arzneimitteln in zeitlichem Zusammenhang nur einmal berechnungsfähig.*	**5,20 €**
723	**Chemische Synoviorthese eines Gelenks**	**25,81 €**
724	**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 €**
725	**Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata,** je Sitzung	**18,10 €**
726	**Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports oder nicht intraoperative Spülung einer liegenden Drainage oder Spülen eines Dialysekatheters,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 785, 9810 oder 9812 nicht berechnungsfähig.*	**10,35 €**
727	**Auffüllung eines Hautexpanders,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 727 ist neben der Leistung nach Nummer 7400 nicht berechnungsfähig.*	**12,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
728	**Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung),** ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 728 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 706, 707 oder 709 nicht berechnungsfähig.*	**13,48 €**
729	**Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion,** auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 729 ist neben der Leistung nach Nummer 706, 707, 709 oder 728 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 729 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 1737, 1738, 1803 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.* *Periradikuläre Therapien sind über die entsprechenden Gebührennummern des Abschnitts D II oder O I berechnungsfähig.*	**18,21 €**
730	**Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen** (auch eine Körperregion beidseitig), ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 730 ist neben der Leistung nach Nummer 706, 707, 709, 728 oder 729 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 730 ist neben der Leistung nach Nummer 704, 1737, 1738, 1803 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**29,89 €**
731	**Akupunktur (Nadelstich-Technik),** Dauer bis zu 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 731 ist neben der Leistung nach Nummer 733, 735, 736, 737, 13938, 13939, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**18,55 €**
732	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 731 für eine elektrische Stimulationsakupunktur,** je Sitzung	**5,55 €**
733	**Akupunktur (Nadelstich-Technik),** Dauer mehr als 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 733 ist neben der Leistung nach Nummer 731, 735, 736, 737, 738, 13938, 13939, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**42,90 €**
734	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 733 für eine elektrische Stimulationsakupunktur**	**7,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 geringem Umfang, chronifizierter Schmerzerkrankung (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 *Die Leistung nach Nummer 735 ist neben der Leistung nach Nummer 731, 733, 736, 737, 738, 13938, 13939, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**50,46 €**
736	**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 Schmerzerkrankung (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 *Die Leistung nach Nummer 736 ist neben der Leistung nach Nummer 731, 733, 735, 737, 738, 13938, 13939, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**66,47 €**
737	**Softlaseranwendungen an Punkten der Körperoberfläche nach Regeln der Akupunktur,** Dauer bis zu 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 737 ist neben der Leistung nach Nummer 731, 733, 735, 736 oder 738 nicht berechnungsfähig.*	**19,16 €**
738	**Softlaseranwendungen an Punkten der Körperoberfläche nach Regeln der Akupunktur,** Dauer mehr als 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 738 ist neben der Leistung nach Nummer 731, 733, 735, 736 oder 737 nicht berechnungsfähig.*	**44,40 €**
739	**Behandlung durch Moxibustion,** Dauer bis zu 20 Minuten	**17,03 €**
740	**Behandlung durch Moxibustion,** Dauer mehr als 20 Minuten	**37,02 €**
741	**Infusion, subkutan,** einschließlich Punktion des Infusionsortes	**13,16 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
742	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 741 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 €**
743	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 741 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) *Der Zuschlag nach Nummer 743 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 742, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**32,61 €**
744	**Infusion, intravenös,** einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, Dauer unter 30 Minuten	**15,12 €**
745	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 744 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen,** einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	**56,56 €**
746	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 744 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 *Der Zuschlag nach Nummer 746 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 745, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**65,98 €**
747	**Infusion, intravenös,** einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Erstellung eines Infusionsplans, Dauer 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 747, 748 oder 749 ist nur bis zu einer Gesamtdauer von unter 13903 Minuten berechnungsfähig.*	**17,17 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
748	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für intravenöse Infusion,** je angefangene 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 748 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.*	**1,70 €**
749	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für intravenöse Infusion,** je weitere vollendete 30 Minuten	**4,63 €**
750	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je angefangene 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 750 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 750 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 748, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**2,00 €**
751	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je weitere vollendete 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 751 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 749, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**6,55 €**
752	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen,** einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	**60,61 €**
753	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 747 für Infusion von Zytostatika, Biologika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen, bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 753 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 752, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**70,91 €**
754	**Infusion, intravenös,** einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie ggf. Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Erstellung eines Infusionsplans, Dauer 120 Minuten	**30,98 €**
755	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 für intravenöse Infusion,** je angefangene 60 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 755 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.*	**3,24 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
756	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 für intravenöse Infusion,** je weitere vollendete 60 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 756 ist bis zu viermal berechnungsfähig.*	**8,80 €**
757	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je angefangene 60 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 757 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 757 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 755, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**3,99 €**
758	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 für intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je weitere vollendete 60 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 758 ist bis zu viermal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 758 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 756, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**12,45 €**
759	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 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 *Der Zuschlag nach Nummer 759 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 759 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 755 oder 756 nicht berechnungsfähig.*	**44,07 €**
760	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 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 *Der Zuschlag nach Nummer 760 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 760 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.* *Der Zuschlag nach Nummer 760 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 757, 758, 759, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**51,51 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
761	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 für Infusion von Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder Substanzen, die einen vergleichbar erhöhten Aufwand bedingen,** einschließlich der erforderlichen Beratung, Überwachung und Prämedikation	**69,99 €**
762	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 754 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 *Der Zuschlag nach Nummer 762 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 761, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**81,89 €**
763	**Infusion, intraarteriell, Infusionsdauer bis einschließlich 30 Minuten,** einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie	**17,64 €**
764	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 763 für eine Behandlungsdauer von mehr als 30 Minuten**	**26,23 €**
765	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 763 für eine Behandlungsdauer von mehr als 30 Minuten bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 765 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 764, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**30,76 €**
766	**Infusion in das Knochenmark,** einschließlich - Knochenmarkpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband, ggf. einschließlich Lokalanästhesie *Die Leistung nach Nummer 766 ist neben der Leistung nach Nummer 916 nicht berechnungsfähig.*	**43,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 30 Minuten *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.*	**51,83 €**
768	**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 *Die Leistung 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.*	**85,45 €**
769	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 767 oder 768 für die Transfusion jedes weiteren Erythrozytenkonzentrats oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats (Blutkomponente, Plasmaderivat),** je Transfusionseinheit *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.*	**31,18 €**
770	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 767 oder 768 für die Transfusion jedes weiteren Erythrozytenkonzentrats oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats (Blutkomponente, Plasmaderivat) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je Transfusionseinheit *Der Zuschlag nach Nummer 770 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 770 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 769, 791, 792 oder 793 nicht berechnungsfähig.*	**44,37 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
771	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 767 oder 768 bei einem Neugeborenen, einschließlich Anlage eines Nabelvenenkatheters** *Der Zuschlag nach Nummer 771 ist neben der Leistung nach Nummer 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**37,14 €**
772	**Bereitstellung von patientenspezifisch ausgewählten Blutkomponenten** (z.B. HLA-, HNA-, HPA-System) in Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 767 oder 768	**31,75 €**
773	**Radioaktive Bestrahlung von Blutkomponenten zur Transfusion**	**24,51 €**
774	**Transfusion von Stammzellkonzentraten**	**131,97 €**
775	**Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalen Aortenkatheters,** ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Anlage des Katheters - Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	**74,38 €**
776	**Eigenbluteinspritzung,** einschließlich vorheriger Blutentnahme, ggf. Aufbereitung des Blutes und/oder Zugabe von Medikamenten, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 776 ist neben der Leistung nach Nummer 1729 nicht berechnungsfähig.*	**22,21 €**
777	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 776 für erhöhten Aufwand bei besonderer technisch-apparativer Aufbereitung** *Der Zuschlag nach Nummer 777 ist neben der Leistung nach Nummer 1729 nicht berechnungsfähig.*	**11,21 €**
778	**Therapeutischer Aderlass aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 ml Blut,** einschließlich Gefäßpunktion, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - (Kompressions-)Verband	**28,40 €**
779	**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	**51,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
780	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 779 für jede weitere Einheit (mindestens 200 ml) Eigenblut oder Eigenplasma,** einschließlich Identitätssicherung im AB0-System	**18,68 €**
781	**Blutaustauschtransfusion mit Entnahme von mindestens 40 ml Eigenblut pro Kilogramm Körpergewicht,** ggf. einschließlich - Gefäßpunktion - Legen sowie Entfernen des Zuganges - (Kompressions-)Verband - Lokalanästhesie	**108,15 €**
782	**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 €**
783	**Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 ml) zur späteren Retransfusion,** einschließlich - Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve - Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C - 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 €**
784	**Infiltration gewebehärtender Mittel,** je Sitzung	**18,35 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
785	**Einbringen von Medikamententrägern oder Implantation eines kontinuierlichen Blutzuckermesssystems in das Subkutangewebe beziehungsweise eines subkutanen Medikamentenreservoirs,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Lagekontrolle - (Kompressions-)Verband, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 785 ist neben der Leistung nach Nummer 726 nicht berechnungsfähig.*	**23,70 €**
786	**Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung,** ggf. einschließlich Fixierung *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.* *Die Leistung nach Nummer 786 ist für die Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial von derselben Körperstelle nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 786 ist neben der Leistung nach Nummer 114 nicht berechnungsfähig.*	**9,97 €**
787	**Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung,** ggf. einschließlich Fixierung *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.* *Die Leistung nach Nummer 787 ist für die Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial von derselben Körperstelle nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**9,65 €**
788	**Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger**	**7,03 €**
789	**Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen einer Take-Home-Vergabe**	**12,84 €**
790	**Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat**	**19,87 €**
791	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 791, 792 oder 793 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 791 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 791 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 791 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
792	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 791, 792 oder 793 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 792 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 792 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 792 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
793	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 791, 792 oder 793 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 793 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 793 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 793 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 Antikoagulanzien (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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
900	**Punktion eines der folgenden Gelenke: Grund-, Mittel- oder Endgelenk der Finger oder Zehen,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Gelenk *Die Leistung nach Nummer 900 ist neben der Leistung nach Nummer 714 nicht berechnungsfähig.*	**27,49 €**
901	**Punktion eines der folgenden Gelenke: Kiefergelenk, Ellbogengelenk, Handgelenk, Fußgelenk/Sprunggelenk, Kniegelenk, Wirbelgelenk, Schultergelenk,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Gelenk *Die Leistung nach Nummer 901 ist neben der Leistung nach Nummer 714 nicht berechnungsfähig.*	**34,56 €**
902	**Punktion eines Hüftgelenks,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie *Die Leistung nach Nummer 902 ist neben der Leistung nach Nummer 714 nicht berechnungsfähig.*	**38,12 €**
903	**Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Zyste, Hämatoms, Abszesses oder oberflächiger Körperteile** *Die Leistung nach Nummer 903 ist neben sonstigen Punktionsleistungen aus Abschnitt C III für identische Punktionsorte nicht berechnungsfähig.*	**20,43 €**
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** *Der Zuschlag nach Nummer 907 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 906, 929, 930 oder 931 nicht berechnungsfähig.*	**13,78 €**
908	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 905 für Messungen des Liquordrucks** *Der Zuschlag nach Nummer 908 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 908 ist neben der Leistung nach Nummer 8333 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Der Zuschlag nach Nummer 912 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 929, 930 oder 931 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Die Leistung nach Nummer 917 ist neben der Leistung nach Nummer 926 bei Punktion(en) und Stanzbiopsien derselben Brustdrüse nicht berechnungsfähig.*	**40,78 €**
918	**Punktion eines Organs** (z.B. Leber, Niere, Hoden)	**76,68 €**
919	**Punktion des Douglasraums** *Die Leistung nach Nummer 919 ist neben der Leistung nach Nummer 920 nicht berechnungsfähig.*	**80,76 €**
920	**Punktion eines Adnextumors,** ggf. einschließlich Douglaspunktion *Die Leistung nach Nummer 920 ist neben der Leistung nach Nummer 919 nicht berechnungsfähig.*	**93,65 €**
921	**Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs**	**25,28 €**
922	**Punktion bzw. Saugbiopsie der Prostata,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 922 ist neben der Leistung nach Nummer 10197 nicht berechnungsfähig.*	**40,78 €**
923	**Punktion der Schilddrüse,** ggf. beidseitig, je Herd	**39,53 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 925 ist einmal je untersuchtem Gang bzw. Fistelsystem und Sitzung berechnungsfähig.* *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.*	**18,67 €**
926	**Stanzbiopsie(n) einer Brustdrüse,** je Herd *Die Leistung nach Nummer 926 ist neben der Leistung nach Nummer 917 bei Punktion(en) und Stanzbiopsien derselben Brustdrüse nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 929 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 929 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 930 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 930 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 929, 930 oder 931 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 931 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 931 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1000	**Schutzimpfung mit Injektion (z.B. intramuskulär, subkutan) oder orale oder nasale Gabe,** ggf. einschließlich Eintragung in den Impfpass, je Gabe *Art der Impfung und Gabe sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1003 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1002, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1005 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1004, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.*	**10,09 €**
1006	**Epikutantest mit in eigenem Labor erstelltem, nicht kommerziellem Material,** je Test	**6,03 €**
1007	**Mendel-Mantoux-Test oder Intrakutantest mit mehreren Antigenen,** ggf. einschließlich abdeckendem Verband *Die Leistung nach Nummer 1007 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Ablesung des Testergebnisses, auch an darauffolgenden Tagen, ist nicht gesondert berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1010	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1008 ab dem 21. Test bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je Test *Der Zuschlag nach Nummer 1010 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1009, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1013 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1012, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1016 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1015, 1025, 1026 oder 1027 nicht berechnungsfähig.*	**7,73 €**
1017	**Nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene,** mit Einzel- oder Gruppenextrakt, ggf. beidseitig, je Test *Die Leistung nach Nummer 1017 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15 Mal berechnungsfähig.*	**26,57 €**
1018	**Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger standardisierter apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene,** mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test *Die Leistung nach Nummer 1018 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 16 Mal berechnungsfähig.*	**43,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1019	**Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien,** einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen, je Test *Die Leistung nach Nummer 1019 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15 Mal berechnungsfähig.*	**35,22 €**
1020	**Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene,** mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test *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.*	**59,93 €**
1021	**Subkutaner Provokationstest in mindestens zwei Stufen,** je Test *Die Leistung nach Nummer 1021 ist je Kalendertag bis zu viermal und je Behandlungsfall bis zu 15 Mal berechnungsfähig.*	**8,71 €**
1022	**Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung,** einschließlich Überwachung *Die Leistung nach Nummer 1022 ist je Kalendertag bis zu viermal berechnungsfähig, sofern jede weitere Verabreichung im Abstand von mindestens 30 Minuten erfolgt.*	**18,19 €**
1023	**Sublinguale Hyposensibilisierungsbehandlung,** einschließlich Überwachung *Die Leistung nach Nummer 1023 ist je Kalendertag bis zu viermal berechnungsfähig, sofern jede weitere Verabreichung im Abstand von mindestens 30 Minuten erfolgt.*	**14,31 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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 1025 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1025 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *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 1026 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1026 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
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** *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.*	**30,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

V. Intensivmedizinische Leistungen 02.05

Allgemeine Bestimmungen

1. **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. Pulmonaliskatheter 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**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1100	**Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung, auch CPAP, auch Transportbeatmung, auch im Rahmen der Notfallbehandlung,** Dauer bis zu 6 Stunden *Die Leistung nach Nummer 1100 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1100 ist anstelle oder neben der Leistung nach Nummer 1108 oder 1126 sowie den Leistungen des Abschnitts C VIII (Schlafmedizinische Leistungen) nicht berechnungsfähig.*	**71,38 €**
1101	**Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung, auch CPAP, auch im Rahmen der Notfallbehandlung,** ab 7. bis einschließlich 24 Stunden *Die Leistung nach Nummer 1101 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1101 ist anstelle oder neben der Leistung nach Nummer 1108 oder 1126 sowie Leistungen des Abschnitts C VIII (Schlafmedizinische Leistungen) nicht berechnungsfähig.*	**135,49 €**
1102	**Wiederbelebungsversuch mit Atemspende und indirekter Herzmassage**	**69,88 €**
1103	**Atemwegsichernde Maßnahmen durch Intubation oder Einbringen einer Larynxmaske, Larynxtubus, Combitubus im Rahmen der Notfallbehandlung,** einschließlich Maßnahmen zur Überwachung der Atemtätigkeit *Die Leistung nach Nummer 1103 ist neben der Leistung nach Nummer 1704 nicht berechnungsfähig.*	**29,29 €**
1104	**Atemwegsichernde Maßnahmen durch Koniotomie oder Tracheotomie im Rahmen der Notfallbehandlung,** einschließlich Maßnahmen zur Überwachung der Atemtätigkeit	**118,17 €**
1105	**Elektrostimulation und/oder Defibrillation und/oder Kardioversion des Herzens,** bis zu drei Stromstöße *Die Leistung nach Nummer 1105 ist neben der Leistung nach Nummer 2918 nicht berechnungsfähig.*	**58,03 €**
1106	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1105 für mehr als drei Stromstöße**	**24,11 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1107	**Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung,** ggf. einschließlich eines invasiven Kreislaufmonitorings mittels eines arteriellen Katheters, Dauer bis zu 24 Stunden *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 1715 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.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1108 ist einmal innerhalb von 24 Stunden berechnungsfähig.*	**100,00 €**
1109	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für invasives erweitertes Kreislaufmonitoring mittels Pulmonaliskatheter und/oder Pulse Contour Cardiac Output (PiCCO)**	**33,50 €**
1110	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für komplexe Katecholamintherapie mit zwei oder mehr Katecholaminen über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden** *Der Zuschlag nach Nummer 1110 ist einmal je vollendete 24 Stunden berechnungsfähig.*	**18,32 €**
1111	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1111 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1111 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1112 nicht berechnungsfähig.*	**24,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1112	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1112 ist innerhalb von 24 Stunden einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1112 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1111, 1139, 1140 oder 1141 nicht berechnungsfähig.*	**35,00 €**
1113	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Durchführung, Steuerung und Überwachung einer kontinuierlichen Hämofiltration und/oder Hämodialyse und/oder Hämodiafiltration und/oder Hämoperfusion (z.B. CVVH, CVVHDF, CVVHD, SLEDD) auf einer Intensivstation** *Der Zuschlag nach Nummer 1113 ist einmal innerhalb von 24 Stunden berechnungsfähig.*	**185,00 €**
1114	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für die Lyse mittels venösem und/oder arteriellem Katheter**	**45,00 €**
1115	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für Messung des intrakraniellen Drucks mittels Hirndrucksonde**	**33,50 €**
1116	**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 €**
1117	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eines der folgenden endoskopischen Verfahren: Gastroskopie oder Koloskopie**	**68,00 €**
1118	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine Bronchoskopie**	**49,71 €**
1119	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine Tracheotomie oder Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Anlage)**	**68,00 €**
1120	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für invasives Temperaturmanagement bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1120 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1121 oder 1122 nicht berechnungsfähig.*	**35,46 €**
1121	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für Temperaturmanagement bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** ggf. einschließlich invasiver Maßnahmen *Der Zuschlag nach Nummer 1121 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1120, 1122, 1139, 1140 oder 1141 nicht berechnungsfähig.*	**41,48 €**
1122	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung auf einer neonatologischen Intensivstation**	**80,29 €**
1123	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für das Gespräch mit dem Patienten,** Dauer mindestens 20 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 1123 ist innerhalb von sieben Tagen einmal berechnungsfähig.*	**43,27 €**
1124	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für das aufwendige, komplexe Gespräch mit Angehörigen oder Betreuer,** Dauer mindestens 20 Minuten	**43,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1125	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1107 für eine oder mehrere Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung,** insgesamt *Der Zuschlag nach Nummer 1125 ist einmal je 24 Stunden berechnungsfähig.* *Die Laboratoriumsuntersuchungen, die von dem Zuschlag nach Nummer 1125 umfasst werden, sind:* *Aus Abschnitt M I:* *11002 (CRP), 11003 (D-Dimere), 11005 (Glukose), 11006 (GPT), 11007 (HbA1c), 11008 (Hämoglobin), 11009 (Harnsäure), 11013 (Kreatinin), 11014 (Amylase), 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)* *Aus Abschnitt M II:* *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)* *Aus Abschnitt M III:* *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 €**
1126	**Steuerung und Überwachung einer extrakorporalen Membranoxygenierung/CO2-Elimination,** ggf. einschließlich Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine, je angefangene 24 Stunden	**128,28 €**
1127	**Steuerung und Überwachung einer extrakorporalen Membranoxygenierung/CO2-Elimination,** ggf. einschließlich Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine, je vollendete 24 Stunden	**315,99 €**
1128	**Anschluss an oder Entfernung von minimalisierte(n) Herz-Lungen-Unterstützungssysteme(n) und/oder extrakorporale/r Membranoxygenierung/CO2-Elimination** *Die Leistung nach Nummer 1128 ist neben der Leistung nach Nummer 9509 und 9510 nicht berechnungsfähig.*	**68,93 €**
1129	**Transportbegleitung intensivpflichtiger, beatmeter Patienten, innerhalb eines Krankenhauses, pauschaliert,** einschließlich Vor- und Nachbereitung, je Transport *Die Leistung nach Nummer 1129 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.*	**68,54 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1130	**Transportbegleitung intensivpflichtiger, beatmeter Patienten, außerhalb eines Krankenhauses,** einschließlich Vor- und Nachbereitung, je angefangene 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1130 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.*	**10,27 €**
1131	**Transportbegleitung intensivpflichtiger, nicht beatmeter Patienten, innerhalb eines Krankenhauses, pauschaliert,** einschließlich Vor- und Nachbereitung, je Transport *Die Leistung nach Nummer 1131 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.*	**54,83 €**
1132	**Transportbegleitung intensivpflichtiger, nicht beatmeter Patienten, außerhalb eines Krankenhauses,** einschließlich Vor- und Nachbereitung, je angefangene 15 Minuten, je Transport *Die Leistung nach Nummer 1132 ist neben der Leistung nach Nummer 1700 nicht berechnungsfähig.*	**8,36 €**
1133	**Beobachtung und Funktionskontrolle nach einem Eingriff/einer Intervention,** Dauer bis zu 12 Stunden *Die Leistung nach Nummer 1133 ist neben der Leistung nach Nummer 200, 201, 1107 oder 1741 nicht berechnungsfähig.*	**39,60 €**
1134	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1133 für eine mehr als 12-stündige Überwachung,** Dauer bis zu 24 Stunden	**18,55 €**
1135	**Ausheberung und/oder Ausspülung des Magens, auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums**	**25,86 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1136	**Hyperbare Sauerstofftherapie bei einem intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten,** 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 exspiratorisch - 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	**640,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1137	**Ausführliche Aktensichtung vorbefundlicher Klinik- und Behandlungsunterlagen sowie klinische Untersuchung zur Erhebung des Entwöhnungspotenzials von Beatmung und/oder Trachealkanüle im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege,** ggf. einschließlich - Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen - Strukturierte Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs) - Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz - Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität - Möglichkeiten der Therapieoptimierung (diätetisch, medikamentös, Heilmitteltherapien) - Prüfung der Atemmechanik, Hustenstoß und Sekretmanagement - Hämodynamischer Status, Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus - Beurteilung der NIV-Fähigkeit - Feststellung der Gasaustauschparameter (BGA, Pulsoxymetrie, transkutane Messungen) - Feststellung und Auswertung der Geräteeinstellungen und -messwerte - Standardisiertes Aspirationsscreening und Schluckfunktionsprüfung (z.B. FEES) - Überprüfung von Sitz und Funktion der Trachealkanüle - Zusammenfassende Dokumentation der Befunde und des Potenzials - Fallkonferenz mit Angehörigen, Pflegepersonen und ggf. Homecare-Providern zur Erörterung der Erhebungsergebnisse und Ableitung therapeutischer Konsequenzen *Die Leistung nach Nummer 1137 ist einmal pro Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1137 ist neben der Leistung nach Nummer 1138 nicht berechnungsfähig.* *Bei Ansatz der Leistung nach Nummer 1137 sind die obligaten und fakultativen Leistungsinhalte nicht gesondert berechnungsfähig.*	**133,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1138	**Ausführliche Aktensichtung vorbefundlicher Klinik- und Behandlungsunterlagen zur Festlegung des weiteren Therapieregimes, Verordnung außerklinischer Intensivpflege und Erstellung des Behandlungsplans,** ggf. einschließlich - Prüfung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege - Persönliche Untersuchung und Feststellung der Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege - Festlegung der verordnungsrelevanten Diagnosen und Funktionseinschränkungen - Angaben zum Beatmungsstatus (Form, Dauer, Spontanatmung) - Angaben zum Tracheostomastatus (Kanülenart, Entblockzeiten) - Festlegung des Leistungsumfangs und der Versorgungsdauer - Erörterung und Feststellung individueller Therapieziele mit dem Versicherten - Erstellung des Behandlungsplans mit konkretisierenden Angaben zu erforderlichen Maßnahmen, Atmung, Dysphagie, Heil-/Hilfsmitteln, Kommunikation, Mobilität und Entwöhnungsstrategie - Koordination mit beteiligten Leistungserbringern und Pflegediensten - Fallkonferenz mit Angehörigen, Pflegepersonen und ggf. Homecare-Providern zur Abstimmung des Therapieregimes, der Versorgungsplanung und des Behandlungsplans *Die Leistung nach Nummer 1138 ist einmal pro Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1138 ist neben der Leistung nach Nummer 1137 nicht berechnungsfähig.* *Bei Ansatz der Leistung nach Nummer 1138 sind die obligaten und fakultativen Leistungsinhalte nicht gesondert berechnungsfähig.*	**117,00 €**
1139	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1139, 1140 oder 1141 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1139 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1139 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1140	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1139, 1140 oder 1141 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1140 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1140 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
1141	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1139, 1140 oder 1141 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1141 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1141 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 1141 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 (bei Kindern und Jugendlichen > 97. geschlechtsspezifische Perzentile des BMI) 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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1200	**Sonographische (Teil-)Untersuchung mit Bezug auf ein Organ oder sonographische Verlaufsuntersuchung,** einschließlich der fallweise erfolgenden abschnittsweisen Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1200 ist neben der Leistung nach Nummer 1225 oder 1228 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.*	**21,00 €**
1201	**Sonographische (Teil-)Untersuchung mit Bezug auf ein Organ oder sonographische Verlaufsuntersuchung mit einem Point of Care Ultraschallgerät (POCUS), auch FAST-Sono,** einschließlich der fallweise erfolgenden abschnittsweisen Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1201 ist neben der Leistung nach Nummer 1225 oder 1228 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1201 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**21,00 €**
1202	**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 €**
1203	**Sonographische Untersuchung von Lymphknoten mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren, mehr als drei Lymphknotenregionen,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1203 ist für die Untersuchung von Lymphknotengruppen, deren Darstellung als fakultative Leistung bereits mit der Berechnung einer anderen sonographischen Leistung abgegolten ist, nicht berechnungsfähig.*	**45,09 €**
1204	**Sonographische Untersuchung des Gehirn-Parenchyms oder des Rückenmarks mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren und Farbdopplerverfahren,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1204 ist neben der Leistung nach Nummer 1323 nicht berechnungsfähig.*	**53,27 €**
1205	**Sonographische Untersuchung eines Auges und der Augenhöhle mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren,** ggf. einschließlich Untersuchung der umgebenden Strukturen *Die Leistung nach Nummer 1205 ist je Auge und Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**20,74 €**
1206	**Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Mode-Verfahren,** je Kopfseite *Die Leistung nach Nummer 1206 ist unabhängig von der Zahl der untersuchten Nasennebenhöhlen einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1206 ist neben der Leistung nach Nummer 1207 nicht berechnungsfähig.*	**16,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1207	**Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen oder Gesichtsweichteile mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren,** je Kopfseite *Die Leistung nach Nummer 1207 ist neben der Leistung nach Nummer 1206 nicht berechnungsfähig.*	**18,38 €**
1208	**Sonographische Untersuchung der Schilddrüse, mittels B-Mode-(2D-real-time-)Verfahren,** ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1208 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines Teiles der Schilddrüse berechnungsfähig.*	**39,55 €**
1209	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1208 für die gezielte sonographische Untersuchung der Epithelkörperchen,** ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen *Der Zuschlag nach Nummer 1209 ist neben der Leistung nach Nummer 1211 nicht berechnungsfähig.*	**19,84 €**
1210	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1208 für die gezielte sonographische Untersuchung der Epithelkörperchen bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** ggf. einschließlich partieller Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen *Der Zuschlag nach Nummer 1210 ist neben der Leistung nach Nummer 1209, 1211, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**24,81 €**
1211	**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 *Die Leistung nach Nummer 1211 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1211 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1209 nicht berechnungsfähig.*	**22,95 €**
1212	**Sonographische Untersuchung eines Organs im Kopf-Hals-Bereich (Kehlkopf, Speicheldrüsen)**	**21,55 €**
1213	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1208, 1211 oder 1212 für Endosonographie**	**22,93 €**
1214	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1205, 1208, 1211 oder 1212 für die zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler- beziehungsweise Powerdoppler-Sonographie,** ggf. einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität *Der Zuschlag nach Nummer 1214 zu der Leistung nach Nummer 1205 ist nur bei Raumforderungen in der Orbita berechnungsfähig.*	**23,23 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1215	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1205, 1208, 1211 oder 1212 für die zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler- beziehungsweise Powerdoppler-Sonographie bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** ggf. einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität *Der Zuschlag nach Nummer 1215 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1214, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1215 zu der Leistung nach Nummer 1205 ist nur bei Raumforderungen in der Orbita berechnungsfähig.*	**27,91 €**
1216	**Kontrastmittelgestützte Sonographie (CEUS) bei tumorösen Raumforderungen der Hals- und Gesichtsweichteile, der Augen, der zervikalen Lymphknoten oder der Kopfspeicheldrüsen,** einschließlich - aller vor- und nachbereitenden Maßnahmen bei der Kontrastmittelverabreichung - der Darstellung vor und nach Kontrastmittelgabe	**83,59 €**
1217	**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 €**
1218	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1217 für die Untersuchung der Gefäße mittels Farbdoppler** *Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
1219	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1217 für die Untersuchung der Gefäße mittels Farbdoppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1219 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1218, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**22,59 €**
1220	**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 €**
1221	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1222	**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 *Die Leistung nach Nummer 1222 ist für die alleinige Darstellung der herznahen Gefäße nicht berechnungsfähig.*	**50,26 €**
1223	**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 *Die Leistung nach Nummer 1223 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1223 ist neben der Leistung nach Nummer 1227 nicht berechnungsfähig.*	**80,00 €**
1224	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1223 für die Sonographie weiterer abdominaler Organe,** je Sitzung	**27,00 €**
1225	**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 dokumentierten Organ *Die Leistung nach Nummer 1225 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.* *Punktionen zum Einbringen von Kontrastmitteln sind in der Leistung enthalten und nicht neben der Leistung berechnungsfähig.*	**94,86 €**
1226	**Intraoperative Sonographie eines oder mehrerer Abdominalorgane** *Die Leistung nach Nummer 1226 ist unabhängig von der Zahl der untersuchten Organe nur einmal während der Dauer der Operation berechnungsfähig.*	**45,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1227	**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 *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.* *Die Leistung nach Nummer 1227 ist neben der Leistung nach Nummer 1232 nicht berechnungsfähig.*	**50,14 €**
1228	**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 *Die Leistung nach Nummer 1228 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.*	**50,00 €**
1229	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1228 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1229 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1229 ist bei fehlender Darstellbarkeit nicht berechnungsfähig.* *Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.*	**11,00 €**
1230	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1228 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1230 ist neben der Leistung nach Nummer 1265 nicht berechnungsfähig.*	**12,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1231	**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 *Die Leistung nach Nummer 1231 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.*	**46,57 €**
1232	**Sonographische Untersuchung der Prostata und der Harnblase,** ggf. einschließlich - der Untersuchung der Lymphknoten der Region - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1232 ist auch nach operativen Eingriffen mit Entfernung eines der Organe oder bei fehlender Darstellbarkeit eines Organs aus anderen Gründen berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1232 ist neben der Leistung nach Nummer 1227 nicht berechnungsfähig.*	**34,76 €**
1233	**Perinealsonographie,** ggf. einschließlich abschnittsbezogener Darstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je Sitzung	**34,41 €**
1234	**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 oder der Wirbelsäule *Die Leistung nach Nummer 1234 ist neben der Leistung nach Nummer 1202 nicht berechnungsfähig.*	**34,92 €**
1235	**Sonographische Untersuchung von Muskeln und/oder Nerven mittels B-Mode-Verfahren,** bis zu 10 Muskelgruppen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1235 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**56,85 €**
1236	**Spezielle sonografische Untersuchung von Nerven und Muskeln mittels B-Mode-Verfahren,** unter Anwendung eines Schallkopfes mit einer Sendefrequenz von mindestens 15 MHz, Untersuchung von mindestens zwei Nerven und von diesen Nerven versorgte Muskulatur in ihrem gesamten untersuchbaren Verlauf *Neben der Leistung nach Nummer 1236 ist die Leistung nach Nummer 1234 oder 1235 nicht berechnungsfähig.*	**100,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1237	**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 *Die Leistung nach Nummer 1237 ist neben der Leistung nach Nummer 1324 nicht berechnungsfähig.* *Die Hüftgelenksonographie im Rahmen der frühkindlichen Vorsorgeuntersuchung beziehungsweise die daraus sich ggf. ergebenden Kontrollsonographien sind ausschließlich mit der Leistung nach Nummer 1324 berechnungsfähig.*	**39,00 €**
1238	**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 €**
1239	**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 €**
1240	**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 €**
1241	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1235, 1236, 1237, 1238, 1239 oder 1240 für zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler beziehungsweise Powerdoppler,** einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität	**15,09 €**
1242	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1235, 1236, 1237, 1238, 1239 oder 1240 für zusätzliche Untersuchung mittels Farbdoppler beziehungsweise Powerdoppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** einschließlich Einschätzung der entzündlichen Aktivität *Der Zuschlag nach Nummer 1242 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1241, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**18,16 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1243	**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 *Die Leistung nach Nummer 1243 ist je Seite (Auge bzw. Periorbitalbereich) und Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1243 ist neben der Leistung nach Nummer 1244 oder 1246 nicht berechnungsfähig.*	**28,69 €**
1244	**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 *Die Leistung nach Nummer 1244 ist neben duplexsonographischen Leistungen desselben Gefäßgebiets nicht berechnungsfähig.*	**66,26 €**
1245	**Sonographische Untersuchung der Aa. carotides communes, externae und internae, beidseits, mittels B-Mode- und Farbdoppler-Verfahren,** einschließlich der Untersuchung der Aa. vertebrales, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1245 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**64,33 €**
1246	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1245 für eine Untersuchung der Periorbitalarterien beidseits mittels CW-Doppler,** einschließlich Kompressionstest, je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 1246 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**12,23 €**
1247	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1245 für eine Untersuchung der Periorbitalarterien beidseits mittels CW-Doppler bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** einschließlich Kompressionstest, je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 1247 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1247 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1246, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**15,27 €**
1248	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1245 für die Untersuchung (B-Mode plus Farbdoppler) der Aa. subclaviae, ggf. einschließlich der Vv. Jugulares und/oder der Vv. subclaviae,** beidseits, je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 1248 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**25,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1249	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1245 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1249 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 1249 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1248, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**32,61 €**
1250	**Sonographische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße, beidseits, mittels B-Mode und Farbdoppler-Verfahren,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1250 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**75,74 €**
1251	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1250 für die Untersuchung intrakranieller Venen und Sinus,** je Sitzung	**53,39 €**
1252	**Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1252 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**67,91 €**
1253	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1244, 1245, 1250 oder 1252 für die Quantifizierung ab einem Stenosegrad von 50% oder zur Quantifizierung nach endovaskulärer oder operativer Therapie,** einschließlich Bestimmung der systolischen Maximalgeschwindigkeit (prä-, intra- und poststenotisch) *Der Zuschlag nach Nummer 1253 ist für die Quantifizierung nach endovaskulärer oder operativer Therapie bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**21,42 €**
1254	**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 *Die verabreichten Substanzen sind mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 1254 abgegolten.*	**124,51 €**
1255	**Kontinuierliche sonographische Untersuchung intrakranieller Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren von mindestens 30 Minuten Dauer zur Detektion mikroembolischer Signale oder zur Detektion eines Rechts-Links-Shunts nach Kontrastmittelgabe („Bubble-Test“)** *Die Leistung nach Nummer 1255 ist neben operativen oder interventionellen Leistungen nicht berechnungsfähig.*	**93,53 €**
1256	**Therapeutische transkranielle Ultraschallanwendung zur Thrombolyse bei Hirninfarkt,** unabhängig von der Dauer der Therapie, je Lysebehandlung und Kalendertag	**93,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1257	**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 €**
1258	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1257 für Folgeuntersuchung nach Gefäßinterventionen an abdominalen Arterien und/oder Venen bei Malfunktion (Rezidivstenose, Bypass- oder Stent-Verschluss) zur Beurteilung der Interventionsindikation**	**28,34 €**
1259	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1257 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 €**
1260	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1257 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1260 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1259, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**34,06 €**
1261	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1257 für Abklärung der Flussverhältnisse im Abdomen bei vaskulären Malformationen, Agenesie der V. cava oder Vena-ovarica-Syndrom (Pelvic congestion syndrome)**	**34,01 €**
1262	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1257 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** *Der Zuschlag nach Nummer 1262 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1261, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**39,79 €**
1263	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1264	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1263 für Tumeszenzmessung,** einschließlich der intrakavernösen Applikation einer vasoaktiven Substanz, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Punktion/Injektion - Tourniquet-Verwendung - postinterventioneller Versorgung der Punktionsstelle, je Sitzung	**28,67 €**
1265	**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 *Die Leistung nach Nummer 1265 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1230 nicht berechnungsfähig.*	**32,51 €**
1266	**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 *Die Leistung nach Nummer 1266 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.*	**44,62 €**
1267	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 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 €**
1268	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 bei Untersuchung nach arteriellen Provokationstests/Belastung** (z.B. Lagerungsmanöver, Kompressionstest, definierte physikalische Belastung)	**20,75 €**
1269	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 für Farbduplex von Arterien nach Trauma oder Intervention bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1269 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**14,80 €**
1270	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 für die Quantifizierung des Minutenvolumens bei arteriovenösen Malformationen oder Dialyseshunts**	**43,59 €**
1271	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 für die Quantifizierung des Minutenvolumens bei arteriovenösen Malformationen oder Dialyseshunts bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1271 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1270, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**51,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1272	**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 *Die Leistung nach Nummer 1272 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.*	**44,66 €**
1273	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1266 oder 1272 für die sonographische Untersuchung von mehr als zwei Gefäßregionen**	**22,23 €**
1274	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1272 für eine sonographische Gefäßuntersuchung bei Anwendung venöser Provokationstests** (z.B. Lagerungsmanöver, strukturierter distaler Kompressionstest, Anlage von Tourniquets), je Sitzung	**28,54 €**
1275	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1272 für die Evaluation postthrombotischer Verläufe**	**22,16 €**
1276	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1272 für die Quantifizierung von Volumina bei venöser Malformation, ggf. mithilfe von Ultraschall-Kontrastmitteln,** einschließlich Flussvolumenmessung	**26,82 €**
1277	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1272 für die Quantifizierung von Volumina bei venöser Malformation, ggf. mithilfe von Ultraschall-Kontrastmitteln bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** einschließlich Flussvolumenmessung *Der Zuschlag nach Nummer 1277 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1276, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**31,38 €**
1278	**Untersuchung der venösen Gefäße als kontinuierliche Kompressionssonographie zum Ausschluss einer Thrombose,** ggf. einschließlich Farbkodierung, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1278 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.*	**46,39 €**
1279	**Sonographische Untersuchung der arteriellen Gefäße einer Extremität mittels CW-Doppler-Verfahren,** je Extremität	**24,87 €**
1280	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1279 für die Verwendung eines Spektraldopplers,** je Sitzung	**10,73 €**
1281	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1279 für die Verwendung eines Spektraldopplers bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 1281 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1280, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**13,36 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1282	**Sonographische Untersuchung der venösen Gefäße einer Extremität mittels CW-Doppler-Verfahren,** je Extremität	**24,13 €**
1283	**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 €**
1284	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1279 oder 1283 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 €**
1285	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1279 oder 1283 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1285 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1284, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**25,82 €**
1286	**Sonographische Untersuchung nach Anlage einer Stent-Graft-Prothese der Aorta und/oder der Iliakalgefäße,** einschließlich Beurteilung der Interventionsbedürftigkeit einer Leckage	**32,29 €**
1287	**Sonographische Untersuchung der Digitalarterien, ggf. nach Anwendung von Vasodilatanzien**	**27,75 €**
1288	**Sonographische Untersuchung von Unterschenkel- und Fußgefäßen bei diabetischem Fußsyndrom,** einschließlich Bestimmung des Minutenvolumens in der A. tibialis anterior und/oder posterior	**36,39 €**
1289	**Transluminale Sonographie eines oder mehrerer Blutgefäße nach Einbringung eines Gefäßkatheters,** je Sitzung	**23,46 €**
1290	**Ultraschallkontrollierte Kompression des Aneurysma-Halses zum Verschluss eines Aneurysma spurium**	**76,43 €**
1291	**Ultraschallkontrollierte Kompression und Medikamenteninjektion (z.B. Thrombin) zum Verschluss eines Aneurysma spurium**	**58,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1292	**Endosonographie des Ösophagus und/oder des Magens,** einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich - Endosonographie lokoregionärer Lymphknoten - Rachenanästhesie, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1292 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des oberen Gastrointestinaltraktes nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 1292 ist neben der Leistung nach Nummer 1293 nicht berechnungsfähig.*	**150,66 €**
1293	**Endosonographie des Ösophagus, des Magens, des Duodenums und 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 *Die Leistung nach Nummer 1293 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des oberen Gastrointestinaltraktes nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 1293 ist neben der Leistung nach Nummer 1292 nicht berechnungsfähig.*	**205,48 €**
1294	**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 *Die Leistung nach Nummer 1294 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.* *Die Leistung nach Nummer 1294 ist neben der Leistung nach Nummer 1295 nicht berechnungsfähig.*	**45,06 €**
1295	**Endosonographie des Kolons,** einschließlich Einbringen/Positionieren des mit einem Ultraschalltransducer armierten Endoskopes, ggf. einschließlich Lokalanästhesie, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1295 ist neben in gleicher Sitzung erbrachten endoskopischen Leistungen des Kolons nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 1295 ist neben der Leistung nach Nummer 1294 nicht berechnungsfähig.*	**112,55 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1296	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1200, 1202, 1208, 1217, 1223, 1231, 1232, 1234, 1235, 1237, 1238, 1239, 1240, 1292, 1293, 1294 oder 1295 für Elastographie mittels Ultraschall bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** (z.B. Real-Time- oder transiente Verfahren oder Attenuation Imaging zur Leberfettquantifizierung) *Der Zuschlag nach Nummer 1296 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1298, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**26,93 €**
1297	**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 €**
1298	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1200, 1202, 1208, 1217, 1223, 1231, 1232, 1234, 1235, 1237, 1238, 1239, 1240, 1292, 1293, 1294, 1295 oder 1297 für Elastographie mittels Ultraschall** (z.B. Real-Time- oder transiente Verfahren oder Attenuation Imaging zur Leberfettquantifizierung)	**22,44 €**
1299	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1232 oder 1297 für computergestützte sonographische Gewebedifferenzierung,** je Sitzung	**31,34 €**
1300	**Sonographisch gestützte Führungshilfe und/oder Lagekontrolle, bei endosonographischen Interventionen,** unabhängig von der Zahl der Punktionen und/oder Punktionsorte einmal je Sitzung	**34,32 €**
1301	**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 €**
1302	**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 €**
1303	**Farbkodierte Doppler-Echokardiographie des Herzens, einschließlich der Leistung nach Nummer 1301 und 1302,** je Sitzung	**112,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1304	**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 €**
1305	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1301, 1302, 1303 oder 1304 bei besonders aufwendigen Untersuchungsbedingungen: beatmeter Patient oder unmittelbar nach intrathorakalem Eingriff**	**10,60 €**
1306	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1301, 1302, 1303 oder 1304 für Straintechnologie**	**23,29 €**
1307	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1301, 1302, 1303 oder 1304 für Quantifizierung von Herzklappenstenosen und/oder Herzklappeninsuffizienzen,** einschließlich - Mitralinsuffizienz: Effektive Regurgitationsfläche (EROA), V. contracta - Mitralstenose oder Trikuspidalstenose: Bestimmung der Öffnungsfläche planimetrisch und/oder nach Druckhalbwertszeit - Aorteninsuffizienz: V. contracta, Druckhalbwertszeit, Geschwindigkeits-Zeitintegral in der Aorta descendens - Aortenstenose: Bestimmung der Öffnungsfläche planimetrisch und/oder nach Kontinuitätsgleichung - Pulmonalklappenstenose: Gradientenbestimmung über Doppler *Der Zuschlag nach Nummer 1307 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.*	**14,33 €**
1308	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1301, 1302, 1303 oder 1304 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1308 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**9,56 €**
1309	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1301, 1302, 1303 oder 1304 für Untersuchung komplexer angeborener Vitien** *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.*	**43,00 €**
1310	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1302, 1303 oder 1304 für die Untersuchung des Herzens mittels Gewebedoppler zur quantitativen Wandbewegungsanalyse,** je Sitzung	**10,48 €**
1311	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1302, 1303 oder 1304 für die Untersuchung des Herzens mittels Gewebedoppler zur quantitativen Wandbewegungsanalyse bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1311 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1310, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**12,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1312	**Echokardiographische Untersuchung des Herzens mittels B-Mode-Verfahren (gemäß Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1302), 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 €**
1313	**Echokardiographische Untersuchung des Herzens mittels B-Mode-Verfahren (gemäß Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1302), 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 €**
1314	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1204, 1217, 1222, 1243, 1245, 1250, 1257, 1263, 1265, 1266, 1272, 1301, 1303, 1304, 1330 oder 1230 für Spektralanalyse (Fast Fourier Transformation) und/oder quantitative Berechnungen (z.B. Pourcelot-Index),** einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung	**10,31 €**
1315	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1227, 1228, 1231, 1232, 1237, 1238, 1239, 1243, 1245, 1250, 1257, 1258, 1266, 1286, 1287, 1288, 1292, 1293, 1297, 1301, 1302, 1303, 1304, 1312 oder 1313 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 €**
1316	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1221, 1227, 1228, 1237, 1238, 1239, 1243, 1245, 1250, 1257, 1258, 1266, 1286, 1287, 1288, 1292, 1293, 1297, 1301, 1302, 1303, 1304, 1312 oder 1313 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1316 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1315, 1333, 1334 oder 1335 nicht berechnungsfähig.*	**28,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1317	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummern 1312 oder 1313 für zusätzliche Erstellung und Auswertung dopplerechokardiographischer Daten während und nach der Belastung,** einschließlich Gradienten bei (Sub-)Aortenstenose und/oder nicht-invasive Messung des Pulmonalisdrucks und/oder Quantifizierung einer Mitralklappeninsuffizienz mittels V. contracta	**19,11 €**
1318	**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 €**
1319	**Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien,** je untersuchtem Fetus	**69,16 €**
1320	**Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach der Leistung nach Nummer 1318 erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde oder ausgewiesener besonderer Risikosituation,** einschließlich Bilddokumentation, ggf. einschließlich - Nackentransparenzmessung - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen und Strukturen, je untersuchtem Fetus *Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1320 ergeben sich aus der Anlage 1c der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1320 auch neben der Leistung nach Nummer 1318, 1326 oder 1327 berechnungsfähig.*	**188,90 €**
1321	**Gezielte sonographische Untersuchung im Rahmen des First-Trimester-Screenings,** ggf. einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung und untersuchtem Fetus	**50,68 €**
1322	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1200, 1228, 1232, 1318, 1320 oder 1321 bei transkavitärer bzw. transrektaler und/oder transvaginaler Untersuchung,** einschließlich Ein- und Ausbringen des Schallkopfes, ggf. einschließlich Lokalanästhesie und Überwachung, je Sitzung	**15,12 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1323	**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 *Die Leistung nach Nummer 1323 ist neben der Leistung nach Nummer 1204 nicht berechnungsfähig.*	**57,51 €**
1324	**Sonographische Untersuchung beider Hüftgelenke bei einem Patienten bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1324 ist neben der Leistung nach Nummer 1237 nicht berechnungsfähig.* *Die Hüftgelenksonographie im Rahmen der frühkindlichen Vorsorgeuntersuchung beziehungsweise die daraus sich ggf. ergebenden Kontrollsonographien sind ausschließlich mit der Leistung nach Nummer 1324 berechnungsfähig.*	**66,98 €**
1325	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1324 für die sonographische Darstellung der Säuglingshüfte in einer Retentionsschiene bei instabilen Hüften ab Hüfttyp III nach Graf**	**22,79 €**
1326	**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 *Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1326 ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1326 auch neben der Leistung nach Nummer 1320 oder 1327 berechnungsfähig.*	**122,62 €**
1327	**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 - direktionaler dopplersonographischer Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem - abschnittsweiser Mitdarstellung von benachbarten Organen, Gefäßen und Strukturen, je untersuchtem Fetus *Die Indikationen für die Erbringung der Leistung nach Nummer 1327 ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Bei gegebener Indikation ist die Leistung nach Nummer 1327 auch neben der Leistung nach Nummer 1318, 1320 oder 1326 berechnungsfähig.*	**92,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1328	**Sonographisch gestützte Führungshilfe und/oder Lagekontrolle,** z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen, je Zielläsion *Die Leistung nach Nummer 1328 ist neben der Nummer 1814 oder 1815 bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**30,00 €**
1329	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1217, 1221, 1227, 1232, 1237, 1239, 1245, 1250, 1257, 1266, 1297, 1301, 1302, 1303, 1304, 1320 oder 1328 für 3D/4D-Sonographieverfahren** *Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.*	**29,34 €**
1330	**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 *Die untersuchten Gefäße sind in der Rechnung anzugeben.*	**25,04 €**
1331	**Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen** unter Beachtung des ALARA-Prinzips (as low as reasonably achievable) zur möglichst strahlensparenden Diagnostik, Untersuchung und Dokumentation von mindestens 3 Schnitten in B-Mode-Technik, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 1331 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Die untersuchte Region ist in der Rechnung anzugeben.*	**31,00 €**
1332	**Kontrastverstärtkte Miktionsurosonografie (MUS) bei Kindern und Jugendlichen,** einschließlich - Sonografie von Nieren, ableitenden Harnwegen, Harnblase und Urethra an einem kontrastmittelfähigen Ultraschallgerät mit kontrastmittelfähigen Sonden ohne und mit Füllung der Harnblase mit Kontrastmittel - Anlegen eines transurethralen Blasenkatheters (nicht geblockt, dünnlumig, sodass Miktion möglich ist; 4-8 Ch) unter aseptischen Bedingungen, ggf. einschließlich - Lokalanästhetikum (z.B. Xylocain Gel) an die Katheterspitze	**136,89 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1333	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1333, 1334 oder 1335 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1333 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1333 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 1333 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
1334	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1333, 1334 oder 1335 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1334 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1334 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 1334 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
1335	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1333, 1334 oder 1335 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1335 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1335 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 1335 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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, 13919 oder 13920 nicht berechnungsfähig.* *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *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, 13919 oder 13920 nicht berechnungsfähig.* *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.*	**22,40 €**
1402	**Anwendung, Anleitung und Auswertung von Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren,** je Verfahren, Dauer je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1402 ist je Kalendertag bis zu sechsmal berechnungsfähig.* *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.*	**13,95 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VIII. Schlafmedizinische Leistungen 02.08

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.*	**650,00 €**
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 *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.*	**590,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1502	**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) *Der Zuschlag nach Nummer 1502 ist neben der Leistung nach Nummer 1506, 1526, 1527 oder 1528 nicht berechnungsfähig.*	**23,99 €**
1503	**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 *Die Leistung nach Nummer 1503 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**484,80 €**
1504	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501 oder 1503 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Ösophagusdruckmessung**	**63,22 €**
1505	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501 und 1503 für manuelle Drucktitration im Schlaflabor bei Einleitung oder Umstellung einer Überdrucktherapie**	**39,86 €**
1506	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501 oder 1503 für erweiterte EEG/EMG-Aufzeichnung** (mindestens 8 zusätzliche Kanäle)	**20,50 €**
1507	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 1500, 1501 oder 1503 für Langzeitpolysomnographie mit einer Mindestdauer von mehr als 24 Stunden bei Hypersomnolenzen zentralen Ursprungs**	**365,42 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1508	**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 €**
1509	**Polysomnographie in häuslicher Umgebung, mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung** 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 ohne kontinuierlicher Videokontrolle und Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund, einschließlich - Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten - visuelle Auswertung mit synoptischer Bewertung und Erstellung eines Befundberichtes *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.*	**360,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1510	**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 *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.*	**271,01 €**
1511	**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 *Die Leistung nach Nummer 1511 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**201,64 €**
1512	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1510 oder 1511 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1512 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1516, 1526, 1527 oder 1528 nicht berechnungsfähig.*	**48,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1513	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1510 oder 1511 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Blutdruckmessung ohne Beeinträchtigung des Schlafes bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 1513 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1517, 1526, 1527 oder 1528 nicht berechnungsfähig.*	**15,88 €**
1514	**Polygraphie bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr,** mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung und Aufzeichnung - der Herzfrequenzrate - der Sauerstoffsättigung - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche) - der Körperlage und der abdominalen und thorakalen Atembewegungen, einschließlich - Dokumentation der Messdaten - visuelle Auswertung und Erstellung eines Befundberichtes *Die Leistung nach Nummer 1514 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**101,00 €**
1515	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1503, 1510, 1511 oder 1514 für die transkutane oder endtidale Messung des CO2-Partialdrucks im Rahmen der Polysomnographie oder Polygraphie** *Der Zuschlag nach Nummer 1515 ist neben der Leistung nach Nummer 3519 nicht berechnungsfähig.*	**38,26 €**
1516	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501, 1503, 1511 oder 1514 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 €**
1517	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1501, 1503, 1511 oder 1514 für die mindestens 6-stündige kontinuierliche Blutdruckmessung ohne Beeinträchtigung des Schlafes**	**13,47 €**
1518	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1510, 1511 oder 1514 für die Erbringung im Schlaflabor unter Anwesenheit von qualifiziertem Personal**	**50,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1519	**Polygraphie bei einem Patienten ab dem 13. Lebensjahr,** mindestens 6-stündige kontinuierliche Messung und Aufzeichnung der peripheren arteriellen Tonometrie (PAT) zur Messung der Gefäßreaktionen durch Atmungsstörungen - der Herzfrequenzrate - der Sauerstoffsättigung - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche) - der Körperlage und der abdominalen und thorakalen Atembewegungen, einschließlich - Dokumentation der Messdaten *Die Leistung nach Nummer 1519 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**85,00 €**
1520	**Erstmalige Einweisung und Training eines Patienten im Gebrauch einer Beatmungsmaske bei Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren)** *Die Leistung nach Nummer 1520 ist bei Wechsel des Maskentyps erneut berechnungsfähig.*	**39,32 €**
1521	**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 *Die Leistung nach Nummer 1521 ist nicht an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 1802 berechnungsfähig.*	**54,74 €**
1522	**Einstellung und/oder Kontrolle eines Neurostimulators zur Behandlung einer Schlafapnoe**	**55,80 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1523	**Durchführung von Testverfahren im Rahmen der schlafmedizinischen Diagnostik,** ggf. computergestützt, Dauer bis zu 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1523 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 1524 berechnungsfähig.* *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.*	**5,67 €**
1524	**Durchführung von Testverfahren im Rahmen der schlafmedizinischen Diagnostik,** ggf. computergestützt, je vollendete 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1524 ist dreimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.*	**18,49 €**
1525	**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 €**
1526	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1526, 1527 oder 1528 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1526 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1526 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
1527	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1526, 1527 oder 1528 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1527 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1527 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 1527 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1528	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1526, 1527 oder 1528 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1528 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1528 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 1528 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **D**

Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1600	**Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz bis zu 14,00 EUR bewertet sind** *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.*	**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** *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.*	**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** *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.*	**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** *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.*	**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** *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.*	**61,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Anästhesieleistungen 03.01

Allgemeine Bestimmungen

1. **Eine gegebenenfalls erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil der Leistungen des Abschnitts D I.**
   Ein präanästhesiologisches Anamnesegespräch und eine präanästhesiologische Untersuchung können gesondert berechnet werden.

2. **Die berechnungsfähige Anästhesieleistung umfasst die Anästhesiepräsenszeit/Anästhesie-Arbeitszeit 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

6. **Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten), oralen Antikoagulanzien (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachte hämorrhagische Diathese kann bei den Leistungen nach den Nummern 1713 oder 1714 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 (CO2-Messung), je angefangene 20 Minuten	**35,74 €**
1701	**Sedierung und/oder Analgosedierung 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 (CO2-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 *Der Zuschlag nach Nummer 1703 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.*	**22,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 exspiratorisch - routinemäßiger Messung/Überprüfung der Narkosetiefe - 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 *Der Zuschlag nach Nummer 1706 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.*	**45,21 €**
1707	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die Intubation unter optischer Führungshilfe (z.B. Fiberoptik, Videolaryngoskopie)** *Der Zuschlag nach Nummer 1707 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1708 nicht berechnungsfähig.*	**45,69 €**
1708	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die seitengetrennte Intubation,** einschließlich fiberoptischer Kontrolle	**50,25 €**
1709	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1710	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die kontrollierte Blutdrucksenkung auf Anforderung des Operateurs** *Der Zuschlag nach Nummer 1710 ist für die Senkung eines kurzzeitig erhöhten Blutdrucks sowie neben der Überwachung einer Herz-Lungenmaschine nicht berechnungsfähig.*	**21,30 €**
1711	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für kontrollierte Wärmetherapie (Zwei-Höhlen-Eingriff, OP-Dauer über 120 Minuten, dokumentierte Hypothermie (<35 Grad))**	**62,16 €**
1712	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 1712 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1711, 1744, 1745 oder 1746 nicht berechnungsfähig.*	**72,73 €**
1713	**Anlage, Messungen und Überwachung des Pulmonalisdrucks anhand eines Pulmonaliskatheters (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, ggf. einschließlich - EKG-Registrierung - Durchleuchtungen *Die Leistung nach Nummer 1713 ist neben der Leistung nach Nummer 720, 3001, 3003 oder 3007 nicht berechnungsfähig.*	**121,33 €**
1714	**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, ggf. einschließlich - EKG-Registrierung - Durchleuchtungen *Die Leistung nach Nummer 1714 ist neben der Leistung nach Nummer 719, 720, 721, 3001, 3003 oder 3007 nicht berechnungsfähig.*	**80,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1715	**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 (CO2-Messung) - Legen eines Blasenkatheters, Dauer bis zu 15 Minuten	**98,04 €**
1716	**Zuschlag für die Fortsetzung der Leistung nach Nummer 1715,** ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums, je weitere angefangene 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 1716 ist nur als Abschlussleistung bei einer Gesamtdauer der Regionalanästhesie von unter fünf Stunden und nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Bei nicht kontinuierlicher Anwesenheit des Anästhesiefachpersonals sind die Anwesenheitszeiten zu addieren.*	**22,90 €**
1717	**Zuschlag für die Fortsetzung der Leistung nach Nummer 1715,** ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums, je weitere vollendete 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 1717 ist je Sitzung bis zu neunmal berechnungsfähig.* *Bei nicht kontinuierlicher Anwesenheit des Anästhesiefachpersonals sind die Anwesenheitszeiten zu addieren.*	**62,16 €**
1718	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1715 für die kombinierte Spinal- und Epiduralanästhesie**	**34,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1719	**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 (CO2-Messung) - Legen eines Blasenkatheters, Dauer bis zu 60 Minuten *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.*	**86,94 €**
1720	**Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1704, 1715 oder 1719,** pauschal je weiterer Kalendertag	**102,79 €**
1721	**Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1719,** Dauer bis zu 20 Minuten *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 1726 nicht berechnungsfähig.*	**16,84 €**
1722	**Zuschlag für die Fortführung und Überwachung der Leistung nach Nummer 1719,** je vollendete 20 Minuten, bis zu fünf Stunden	**25,81 €**
1723	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704, 1715 oder 1719 für Infusionstherapie ab der dritten Infusion** *Die Leistung nach Nummer 1723 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	**21,67 €**
1724	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704, 1715 oder 1719 für die Messung des arteriellen Drucks oder des zentralen Venendrucks,** ggf. einschließlich Anlage eines zentralen Venenkatheters oder einer arteriellen Kanüle	**66,18 €**
1725	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1715 oder 1719 für die intravenöse Sedierung und/oder Analgesie zusätzlich zu Regional- und/oder Lokalanästhesien**	**27,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1726	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1715 oder 1719 für die Fortführung und Überwachung über mehr als fünf Stunden,** pauschal am ersten Kalendertag	**137,06 €**
1727	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1715 oder 1719 für Ultraschall zum Auffinden nervaler Strukturen**	**16,91 €**
1728	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1719 bei Kombination von mindestens zwei Verfahren nach der Leistung nach Nummer 1719** *Die jeweiligen Verfahren sind in der Rechnung anzugeben.*	**45,44 €**
1729	**Blutautotransfusion mittels zellseparierendem Gerät,** einschließlich - Indikationsstellung - Sammlung, Antikoagulation und Aufbereitung des Blutes	**60,89 €**
1730	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1729 für die Retransfusion der autologen, gewaschenen Erythrozyten,** je Einheit (250 ml) *Die Anzahl der Einheiten ist in der Rechnung anzugeben.*	**18,54 €**
1731	**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 (CO2-Messung) und Sauerstoffgabe, Dauer bis zu 30 Minuten	**52,52 €**
1732	**Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1731,** je weitere vollendete 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 1732 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**33,76 €**
1733	**Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1731,** je angefangene 30 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 1733 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.*	**15,90 €**
1734	**Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle**	**6,76 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1735	**Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase**	**4,41 €**
1736	**Lokalanästhesie des Bronchialgebietes,** ggf. einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens	**13,04 €**
1737	**Infiltrationsanästhesie eines kleinen Bezirkes (kleiner als 3 cm Länge, kleiner als 4 cm² Fläche oder kleiner als 1 cm³ Volumen)** *Die Leistung nach Nummer 1737 ist neben der Leistung nach Nummer 729 oder 730 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**10,10 €**
1738	**Infiltrationsanästhesie eines großen Bezirkes (größer als 3 cm Länge, größer als 4 cm² Fläche und größer als 1 cm³ Volumen) oder Infiltrationsanästhesie im Gesicht** *Die Leistung nach Nummer 1738 ist neben der Leistung nach Nummer 729 oder 730 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**18,24 €**
1739	**Lokalanästhesie nach Oberst oder Peniswurzelblockade**	**13,44 €**
1740	**Leitungsanästhesie, retrobulbär, peribulbär oder parabulbär (z.B. Subtenonblock)**	**41,35 €**
1741	**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 *Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren und ausschließlicher Sedativa-Gabe berechnungsfähig.*	**33,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Temperaturmessungen - Sauerstoffgabe - postoperativer Analgesie - Nachinjektionen in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Katheter, je angefangene 60 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1742 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.* *Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren und ausschließlicher Sedativa-Gabe berechnungsfähig.*	**19,51 €**
1743	**Kontrollierte Hypothermie (Senkung der Körpertemperatur),** einschließlich Temperaturmessung	**27,73 €**
1744	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1744, 1745 oder 1746 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1744 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 1744 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
1745	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1744, 1745 oder 1746 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1745 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1746	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1744, 1745 oder 1746 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1746 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**50,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen 03.02

Allgemeine Bestimmungen

1. **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 D II und nicht gesondert berechnungsfähig.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1800	**Standardisiertes palliativmedizinisches und/oder schmerzmedizinisches Basisassessment zur Einleitung, Koordination und Durchführung der Symptomkontrolle und -behandlung,** ggf. einschließlich - psychosozialer Stabilisierung - Einbeziehung der Angehörigen *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.* *Die Leistung nach Nummer 1800 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1800 ist innerhalb von 24 Stunden nicht neben der Leistung nach Nummer 1801 berechnungsfähig.*	**118,89 €**
1801	**Symptombezogenes Assessment bei palliativmedizinischen Patienten und/oder Schmerzmedizinpatienten (z.B. Edmonton Symptom-Skala, visuelle Analogskala)** *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.* *Die Leistung nach Nummer 1801 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1801 ist innerhalb von 24 Stunden nicht neben der Leistung nach Nummer 1400, 1401 oder 1800 berechnungsfähig.*	**61,78 €**
1802	**Ärztliche Betreuung eines Patienten/einer Patientin im Rahmen einer außerklinischen assistierten und/oder kontrollierten apparativen Beatmung** *Die Leistung nach Nummer 1802 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**57,55 €**
1803	**Lokalanästhesie definierter Schmerzpunkte (z.B. Triggerpunkte nach Travell, Simons) zur Schmerzbehandlung** *Die Leistung nach Nummer 1803 ist unabhängig von der Anzahl der Triggerpunkte und der Anzahl behandelter Körperregionen nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1803 ist neben der Leistung nach 729, 730, 1737, 1738 oder 1804 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**25,62 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 1804 ist unabhängig von der Anzahl der betroffenen Nerven und der Anzahl behandelter Körperregionen nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1804 ist neben der Leistung nach 729, 730, 1737, 1738 oder 1803 bei Injektion über dieselbe liegende Kanüle nicht berechnungsfähig.*	**24,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Erfolgt die Analgesie eines Hirnnerven Computertomographie-gesteuert, ist die Computertomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.*	**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 *Erfolgt die Sympathikusblockade Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.*	**72,39 €**
1809	**Sympathikusblockade des lumbalen Grenzstrangs mittels Anästhetika und/oder Alkohol,** einschließlich vorheriger Lokalanästhesie, ggf. einschließlich - Katheteranlage(n) - Legen peripher venöser Zugänge *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.*	**72,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1810	**Radiofrequenz-Thermoläsion des thorakalen oder lumbalen Grenzstranges, des Plexus coeliacus oder des Plexus hypogastricus,** ggf. einschließlich Legen peripher venöser Zugänge *Erfolgt die Radiofrequenz-Thermoläsion Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.*	**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 *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.*	**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 *Erfolgt die Facettenblockade Computertomographie- oder Magnetresonanztomographie-gesteuert, ist die Computertomographie bzw. die Magnetresonanztomographie einmal je Sitzung gesondert berechnungsfähig.*	**42,80 €**
1815	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 1815 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**21,40 €**
1816	**Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS),** einschließlich Aufsuchen der geeigneten Schmerzpunkte und Einweisung des Patienten, je Sitzung, Dauer mindestens 15 Minuten	**16,60 €**
1817	**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 *Die Leistung nach Nummer 1817 ist neben der Leistung nach Nummer 1818, 1820, 4337, 4339 oder 4340 nicht berechnungsfähig.*	**69,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1818	**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 *Die Leistung nach Nummer 1818 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1820, 4337, 4339 oder 4340 nicht berechnungsfähig.*	**26,51 €**
1819	**Funktionsanalyse und Neu- bzw. Umprogrammierung eines zur Langzeitanalgesie angelegten plexusnahen, peridural oder spinal implantierten Neurostimulators**	**28,01 €**
1820	**Verlaufskontrolle bei einer liegenden implantierten oder externen Medikamentenpumpe zur intravenösen Behandlung oder Beschickung eines Peridural-, Spinal- oder Nervenlogenkatheters zur Schmerztherapie und/oder Spasmolyse** *Die Leistung nach Nummer 1820 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1818, 4337, 4339 oder 4340 nicht berechnungsfähig.*	**22,21 €**
1821	**Wirbelsäulenkathetertechnik (z.B. epidural), epidurale Neuroplastie/funktionelle Adhäsiolyse (nicht-destruktiv),** 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) *Die Leistung nach Nummer 1821 ist je Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Leistung an mehreren Kalendertagen erfolgt.*	**146,76 €**
1822	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
1823	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1823, 1824 oder 1825 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1823 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1823 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
1824	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1823, 1824 oder 1825 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1824 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 1824 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
1825	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1823, 1824 oder 1825 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 1825 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 1825 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 1825 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **E**

Physikalisch medizinische Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Inhalation 04.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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)** *Die Leistung nach Nummer 1901 ist neben der Leistung nach Nummer 1900 nicht berechnungsfähig.*	**9,61 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen 04.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2007	**Krankengymnastik/Übungsbehandlung im Bewegungsbad in Gruppen von drei bis fünf Teilnehmern,** je Sitzung und je Teilnehmer, Dauer mindestens 30 Minuten	**9,88 €**
2008	**Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken) zur Behandlung funktioneller Störungen ohne Manipulation von Wirbel- und/oder Extremitätengelenk(en),** je Sitzung, Dauer mindestens 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2008 ist neben der Leistung nach Nummer 4225, 4226, 4227, 4228, 4229, 4230, 4231 oder 4232 nicht berechnungsfähig.*	**28,68 €**
2009	**Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken) zur Behandlung funktioneller Störungen ohne Manipulation von Wirbel- und/oder Extremitätengelenk(en),** je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2009 ist neben der Leistung nach Nummer 4225, 4226, 4227, 4228, 4229, 4230, 4231 oder 4232 nicht berechnungsfähig.*	**42,71 €**
2010	**Manuelle Therapie (einschließlich osteopathischer Behandlungstechniken), alle Anwendungsverfahren, einschließlich Erhebung der Anamnese und Untersuchung,** je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2010 ist neben der Leistung nach Nummer 4225, 4226, 4227, 4228, 4229, 4230, 4231 oder 4232 nicht berechnungsfähig.*	**63,78 €**
2011	**Anorektale Manometrie,** einschließlich Patiententraining und fortlaufender Kurvendokumentation, je Sitzung	**77,06 €**
2012	**Extensionsbehandlung mit Gerät,** ggf. einschließlich Anwendung computergestützter, intermittierender Extensionsgeräte, je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten *Bei Wärmeanwendung in Form einer Warm-Packung ist die Wärmetherapie zusätzlich berechnungsfähig.*	**9,36 €**
2013	**Behandlung mittels Bewegungs-/Motorschiene,** je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten	**6,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2014	**Behandlung mittels Vibrationsplatte,** je Sitzung, Dauer mindestens 10 Minuten	**9,36 €**
2015	**Behandlung mittels robotassistierter Armorthese,** je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten	**24,38 €**
2016	**Behandlung mittels robotassistierter Armorthese,** je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	**48,18 €**
2017	**Behandlung mittels robotassistierter Gangorthese,** je Sitzung Dauer mindestens 30 Minuten	**24,38 €**
2018	**Behandlung mittels robotassistierter Gangorthese,** je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten	**48,18 €**
2019	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002, 2003, 2006, 2014, 2015, 2016, 2017 oder 2018 für den Einsatz von zwei Therapeuten bei schwersten motorischen Funktionsstörungen mit erheblicher Gefährdung des Patienten bei Mobilisation (Sturzgefahr)** *Die Diagnose der schwersten motorischen Funktionsstörung ist in der Rechnung anzugeben.*	**12,55 €**
2020	**Apparativer Muskelfunktionstest** *Die Leistung nach Nummer 2020 ist neben der Leistung nach Nummer 4219 nicht berechnungsfähig.*	**72,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

III. Massagen und Lymphdrainagen 04.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 2101 ist neben der Leistung nach Nummer 2102, 2103, 2104, 13933 oder 13934 nicht berechnungsfähig.*	**16,40 €**
2102	**Manuelle Lymphdrainage,** je Sitzung, Dauer mindestens 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2102 ist neben der Leistung nach Nummer 2101 oder 13933 nicht berechnungsfähig.*	**24,27 €**
2103	**Manuelle Lymphdrainage,** je Sitzung, Dauer mindestens 45 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2103 ist neben der Leistung nach Nummer 2101 oder 13933 nicht berechnungsfähig.*	**36,08 €**
2104	**Manuelle Lymphdrainage,** je Sitzung, Dauer mindestens 60 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2104 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 13933 oder 13934 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IV. Hydrotherapie 04.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 2202 ist neben der Leistung nach Nummer 4132 nicht berechnungsfähig.*	**23,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

V. Wärme- und Kältetherapie 04.05

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VI. Elektrotherapie 04.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VII. Ergotherapie 04.07

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VIII. Logopädie 04.08

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IX. Planung, Einleitung, Koordination, Therapiekontrolle 04.09

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2701	**Planung, Einleitung und Koordination krankengymnastischer Einzelbehandlungen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**48,67 €**
2702	**Therapiekontrolle krankengymnastischer Einzelbehandlungen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**38,94 €**
2703	**Planung, Einleitung und Koordination krankengymnastischer Gruppenbehandlungen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2703 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**17,04 €**
2704	**Therapiekontrolle krankengymnastischer Gruppenbehandlungen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**14,60 €**
2705	**Planung, Einleitung und Koordination manueller Therapien,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**48,67 €**
2706	**Therapiekontrolle manueller Therapien,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**38,94 €**
2707	**Planung, Einleitung und Koordination von Massagen oder Lymphdrainagen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2707 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**29,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2708	**Therapiekontrolle von Massagen oder Lymphdrainagen,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**21,42 €**
2709	**Planung, Einleitung und Koordination von Hydrotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2709 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**23,36 €**
2710	**Therapiekontrolle von Hydrotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**21,42 €**
2711	**Planung, Einleitung und Koordination von Wärme- oder Kältetherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2711 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**16,87 €**
2712	**Therapiekontrolle von Wärme- oder Kältetherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**11,68 €**
2713	**Planung, Einleitung und Koordination von Elektrotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2713 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**35,05 €**
2714	**Therapiekontrolle von Elektrotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**23,36 €**
2715	**Planung, Einleitung und Koordination von Ergotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2715 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**48,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2716	**Therapiekontrolle von Ergotherapie,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**38,94 €**
2717	**Planung, Einleitung und Koordination von logopädischer Behandlung,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *Die Leistung nach Nummer 2717 ist einmal zu Beginn der Behandlung berechnungsfähig.*	**48,67 €**
2718	**Therapiekontrolle von logopädischer Behandlung,** einschließlich Anleitung und Rücksprache mit dem Therapeuten *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.*	**38,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **F**

Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Angiologie 05.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. mit Platin-Membranelektroden, je Bein *Bei der Untersuchung beider Beine ist die Leistung nach Nummer 2806 zweimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 2806 ist neben der Leistung nach Nummer 1107 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2809	**Untersuchung der Gewebedurchblutung mittels Gewebephotospektrometrie,** über die Bestimmung der kapillären Perfusion, der postkapillären Sauerstoffsättigung und der regionalen Hämoglobinmenge an mindestens zwei Messstellen im Gewebe, ggf. im Wundgrund, je Extremität	**30,10 €**
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 *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 und/oder Pulswellenanalyse,** 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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2825 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 2825 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2826 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 2826 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2825, 2826 oder 2827 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2827 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 2827 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Kardiologie 05.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2900	**Elektrokardiographische Untersuchung mit weniger als zwölf Ableitungen, mit graphischer Aufzeichnung,** auch als Notfall-EKG, je Sitzung *Ein EKG-Monitoring ohne graphische Aufzeichnung ist nicht nach Nummer 2900 berechnungsfähig.*	**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 *Bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 2902 und 2903 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 2903 ist neben der Leistung nach Nummer 2900 nicht berechnungsfähig.*	**62,93 €**
2904	**Registrierung und Analyse von Spätpotentialen im hochverstärkten EKG**	**25,89 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2905	**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 *Ein EKG-Monitoring ohne graphische Aufzeichnung ist nicht nach Nummer 2905 berechnungsfähig.*	**50,00 €**
2906	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2905 bei einer Langzeit-EKG-Aufzeichnungsdauer von mehr als 36 Stunden**	**8,37 €**
2907	**Auswertung nicht-telemetrisch übertragener Daten von mobilen, vom Arzt verordneten, erstattungsfähigen Medizinprodukten bzw. implantierbaren Monitor-Geräten (z.B. auch Event-Recorder)** *Die Leistung nach Nummer 2907 ist neben der Leistung nach Nummer 2905, 2908, 2909, 2910, 2913 oder 2914 nicht berechnungsfähig.*	**21,36 €**
2908	**Auswertung telemetrisch übertragener Daten von mobilen, vom Arzt verordneten, erstattungsfähigen Medizinprodukten bzw. implantierbaren Monitor-Geräten (z.B. auch Event-Recorder),** je Kalendertag *Die Leistung nach Nummer 2908 ist neben der Leistung nach Nummer 2905, 2907, 2909, 2910, 2913, 2914, 2924, 2925, 2926 oder 2927 nicht berechnungsfähig.*	**22,05 €**
2909	**EKG-Registrierung und Auswertung mittels eines implantierten Event-Recorders,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 2909 ist neben der Leistung nach Nummer 2907, 2908 oder 2910 nicht berechnungsfähig.*	**21,36 €**
2910	**EKG-Registrierung und Auswertung mittels eines externen Event-Recorders für jeweils sechs Tage** *Die Leistung nach Nummer 2910 ist neben der Leistung nach Nummer 2907, 2908 oder 2909 nicht berechnungsfähig.*	**21,36 €**
2911	**Funktionsanalyse eines Ein- oder Mehrkammerschrittmachers und/oder eines implantierten Defibrillators mit aktiver Telemetriefunktion auf Basis telemetrisch übermittelter Daten,** je Kalendertag *Die Leistung nach Nummer 2911 ist nur berechnungsfähig, wenn die Daten über eine größere räumliche Entfernung übertragen werden (z.B. aus der häuslichen Umgebung des Patienten heraus).*	**48,06 €**
2912	**Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Einkammer-Herzschrittmachers,** je Sitzung	**43,23 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2913	**Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Zweikammer-Herzschrittmachers** (Vorhof- und Ventrikelelektrode), je Sitzung	**64,85 €**
2914	**Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines biventrikulären Schrittmachers zur Resynchronisationstherapie**	**134,61 €**
2915	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2912, 2913 oder 2914 für Kontrolle und Justierung der Frequenzadaption**	**4,82 €**
2916	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2912, 2913 oder 2914 für implantierten Defibrillator**	**40,98 €**
2917	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2912, 2913 oder 2914 für Kardioversion/Überstimulation mittels implantiertem Schrittmacher/Defibrillator**	**12,05 €**
2918	**Elektive elektrische (bis zu drei Stromstöße) oder pharmakologische Kardioversion** *Die Leistung nach Nummer 2918 ist neben der Leistung nach Nummer 1105 nicht berechnungsfähig.*	**35,92 €**
2919	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2918 für mehr als drei Stromstöße**	**17,79 €**
2920	**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 €**
2921	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2920 für die Messung des intrakraniellen Blutflusses mittels PW-Doppler-Verfahren im Rahmen einer Kipptisch-Untersuchung,** je Sitzung	**19,11 €**
2922	**Langzeitblutdruckmessung, Dauer 18 bis 36 Stunden,** einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	**19,37 €**
2923	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2922 für eine Aufzeichnungsdauer von mehr als 36 Stunden**	**8,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2924	**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 *Die Leistung nach Nummer 2924 ist neben der Leistung nach Nummer 2908 nicht berechnungsfähig.* *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.* *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.*	**6,99 €**
2925	**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 *Die Leistung nach Nummer 2925 ist neben der Leistung nach Nummer 2908 nicht berechnungsfähig.* *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.* *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.*	**5,04 €**
2926	**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 *Die Leistung nach Nummer 2926 ist neben der Leistung nach Nummer 2908 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.*	**14,89 €**
2927	**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 *Die Leistung nach Nummer 2927 ist neben der Leistung nach Nummer 2908 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.*	**9,79 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
2928	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2928, 2929 oder 2930 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2928 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 2928 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
2929	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2928, 2929 oder 2930 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2929 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 2929 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
2930	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 2928, 2929 oder 2930 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 2930 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 2930 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 2930 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

III. Invasive Kardiologie 05.03

Allgemeine Bestimmungen

1. **Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzien (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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 3007 nicht berechnungsfähig.*	**548,04 €**
3002	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für intravaskuläre sonographische Untersuchung zur Beurteilung von Koronarstenosen,** ggf. einschließlich Plaquevermessung *Der Zuschlag nach Nummer 3002 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**174,33 €**
3003	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 für die Sondierung eines weiteren Bypasses oder von Bypässen,** je Sitzung	**95,99 €**
3004	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3005	**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 €**
3006	**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 *Das behandelte Herzkranzgefäß ist in der Rechnung anzugeben.*	**250,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3007	**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 *Die Leistung nach Nummer 3007 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 13285 oder 13286 nicht berechnungsfähig.*	**550,00 €**
3008	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3009	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 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 *Der Zuschlag nach Nummer 3009 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3008, 3083, 3084 oder 3085 nicht berechnungsfähig.*	**90,65 €**
3010	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 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 €**
3011	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für Verschluss eines Vorhofseptumdefektes oder eines persistierenden Foramen ovale**	**200,00 €**
3012	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für den interventionellen Verschluss des linken Vorhofohres mittels Okkluder,** ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie	**200,00 €**
3013	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für Herzklappensprengungen (Valvuloplastien)**	**145,00 €**
3014	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für Ventrikelseptumverschlüsse oder ventrikuläre Parachute Implantation bei ventrikulärem Wandaneurysma,** ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie, insgesamt	**333,96 €**
3015	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für den Verschluss einer offenen pathologischen Gefäßverbindung,** ggf. einschließlich transösophagealer Echokardiographie, insgesamt	**160,41 €**
3016	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für Erweiterung der Lungen-/Hauptschlagader sowie deren Abgänge**	**333,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3017	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001 oder 3007 für Untersuchung komplexer angeborener Vitien** *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.*	**163,13 €**
3018	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3007 für pharmakologische Testung(en) bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr mit angeborenen Herzfehlern und/oder pulmonaler Hypertonie** *Der Zuschlag nach Nummer 3018 ist neben der Leistung nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 nicht berechnungsfähig.*	**27,19 €**
3019	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3007 für die Radiofrequenzperforation im Herzen, an einer Herzklappe oder an herznahen Gefäßen, bei Kindern bis einschließlich 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 3019 ist neben der Leistung nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 nicht berechnungsfähig.*	**27,19 €**
3020	**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 *Das behandelte Herzkranzgefäß ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 3020 ist in einer Sitzung neben der Leistung nach Nummer 3001 nicht berechnungsfähig.*	**572,19 €**
3021	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3020 für die Implantation eines oder mehrerer Stents oder den Einsatz alternativer Angioplastiemethoden,** je Gefäß	**140,00 €**
3022	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3020 für den Einsatz von Protektionssystemen (Embolieschutzsysteme)**	**130,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3023	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3020 bei mechanischer Kreislaufunterstützung (z.B. Impella, ECMO, ECMELLA, Tandem Heart)**	**128,28 €**
3024	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3006 oder 3020 für die Wiedereröffnung eines chronisch verschlossenen Gefäßes bei einer Interventionsdauer über 60 Minuten** *Das behandelte Gefäß ist in der Rechnung anzugeben.*	**176,63 €**
3025	**Minimalinvasive, ultraschall- und kathetergestützte Thrombolyse zur Behandlung von Lungenembolien** *Die Leistung nach Nummer 3025 ist neben den Leistungen nach Nummer 3001, 3007 oder 3020 nicht berechnungsfähig.*	**431,00 €**
3026	**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 €**
3027	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3028	**Entfernung eines liegenden perkutan implantierten Herz-/Kreislaufunterstützungssystems,** einschließlich - aller Durchleuchtungsleistungen - Entfernen der Schleuse - Druckverband	**93,12 €**
3029	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3020 oder 3028 für arteriellen Gefäßverschluss durch gesondertes System nach Schleusenentfernung,** einschließlich Kontrastmitteleinbringung, Angiographie und Durchleuchtung	**60,37 €**
3030	**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 - transseptaler Sondierung des linken Vorhofs (außer transeptaler Punktion) - Sondierung des zu untersuchenden Herzanteils - Auswechseln eines oder mehrerer Katheter - Blutgasanalyse	**490,00 €**
3031	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 für den Einsatz von mehr als drei Elektrodenkathetern,** je Katheter	**121,52 €**
3032	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 für medikamentöse Testung(en)**	**72,00 €**
3033	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 für den Transfer und die Verwendung präinterventionell erstellter, externer 3D-Daten**	**20,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3034	**Katheterablation von Herzrhythmusstörungen,** einschließlich - Erfolgskontrolle per EKG und intrakardiale Ableitungen - Stimulationsmanöver - medikamentöse Provokation(en), ggf. einschließlich ferngesteuerter Ablationsverfahren	**585,51 €**
3035	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 oder 3034 für das konventionelle intrakardiale Mapping,** ggf. einschließlich Re-Mapping (supra-)ventrikulärer Tachykardien unter radiologischer Kontrolle *Der Zuschlag nach Nummer 3035 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3036 nicht berechnungsfähig.*	**83,00 €**
3036	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 oder 3034 für die Anwendung von elektroanatomischen und vergleichbaren Mapping-Verfahren (z.B. 3D-Verfahren)** *Der Zuschlag nach Nummer 3036 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3035 nicht berechnungsfähig.*	**115,00 €**
3037	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3034 für aufwendige transseptale Punktion bei Vorhandensein eines septalen Implants oder Z.n. operativem Eingriff am Vorhofseptum oder für mehrfache transseptale Punktionen in derselben Sitzung** *Der Zuschlag nach Nummer 3037 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**99,00 €**
3038	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3034 für transseptale Punktion(en)**	**99,00 €**
3039	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3034 für die intrainterventionelle(n) sonographische(n) Kontrolle(en) der Ablation(en) (intrakardiales Echo)**	**52,43 €**
3040	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3034 für Katheterablation(en) bei mehr als einer Entität von Rhythmusstörung**	**250,00 €**
3041	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3034 für die Ablation einer Rhythmusstörung im linken Vorhof oder einer Kammerrhythmusstörung bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 3041 ist neben der Leistung nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 nicht berechnungsfähig.*	**236,76 €**
3042	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3043	**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 €**
3044	**Renale Denervation mittels Hochfrequenzstrom**	**237,20 €**
3045	**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 €**
3046	**Rechtsherzkatheteruntersuchung mit Pulmonalisdruckmessung,** 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 €**
3047	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3020, 3030, 3034 oder 3046 bei Beatmung des Patienten**	**17,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3048	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3020, 3030, 3034 oder 3046 bei instabiler Hämodynamik mit Erfordernis kreislaufstabilisierender Maßnahmen** *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 3048 nicht berechnungsfähig.*	**35,93 €**
3049	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3020 oder 3046 für angiographische und/oder Durchleuchtungsleistungen ab zwei Serien**	**108,00 €**
3050	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 für die Vorhofseptumerweiterung**	**162,58 €**
3051	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 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 €**
3052	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 für Myokardbiopsien**	**112,93 €**
3053	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 für transseptale Punktion(en), je Sondierung des linken Vorhofs und/oder der linken Herzkammer vom rechten Herzen ausgehend**	**138,00 €**
3054	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 für Sondierung atypischer nicht-koronarer Gefäßabgänge bei einem angeborenen Herzfehler**	**101,00 €**
3055	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3020 oder 3046 für Koronarvenenkatheterisierung(en),** je Gefäß	**77,00 €**
3056	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3001, 3007 oder 3046 für kathetergestützte Stufenoxymetrie (z.B. zur Diagnostik eines Shunt-Vitiums)**	**53,90 €**
3057	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3007 oder 3046 für die ergometrische Belastung**	**145,38 €**
3058	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3007 oder 3046 für die ergometrische Belastung bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 3058 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3057, 3083, 3084 oder 3085 nicht berechnungsfähig.*	**243,03 €**
3059	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030, 3034 oder 3046 für schwierigen Zugang mit Notwendigkeit von Drähtewechsel und/oder Verwendung eines oder mehrerer spezieller Katheter und/oder Verwendung einer langen Schleuse**	**29,44 €**
3060	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3030 oder 3046 für Platzierung von Kathetern im Koronarsinus oder auf der linken Seite**	**17,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3061	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3046 für interventionelle Eröffnung einer Pulmonalatresie mittels Punktion und anschließender Ballondilatation**	**256,43 €**
3062	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3046 für pharmakologische Testung im kleinen Kreislauf,** je Testserie	**17,18 €**
3063	**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 €**
3064	**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 €**
3065	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3063 oder 3064 für die Implantation eines biventrikulären Schrittmachers (drei Elektroden) mit Implantation einer transvenösen linksventrikulären Elektrode,** einschließlich angiographischer Kontrolle(n) und Durchleuchtung(en)	**124,00 €**
3066	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3063 oder 3064 für die Implantation eines Zweikammerschrittmachers rechtsventrikulär**	**75,93 €**
3067	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3063 oder 3064 für die Verwendung einer Array-Sonde**	**37,49 €**
3068	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3064 für jede weitere implantierte Elektrode**	**74,11 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3069	**Implantation einer permanenten subendokardialen Elektrode,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs *Die Leistung nach Nummer 3069 ist neben der Leistung nach Nummer 3063 oder 3064 nicht berechnungsfähig.*	**273,16 €**
3070	**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 €**
3071	**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 €**
3072	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3073	**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 €**
3074	**Explantation eines Schrittmachers oder ICD-Aggregats,** ggf. einschließlich - Abisolation der Elektroden - Lokalanästhesie - nichtinvasiver Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Anfertigen eines EKGs	**153,35 €**
3075	**Verlagerung eines Schrittmachers oder ICD-Aggregates (ggf. Seitenwechsel),** ggf. einschließlich - lokale Revision bei Taschеninfektion - Abisolation der Elektroden - Lokalanästhesie (bei infektionslosem Situs) - nichtinvasive Blutdruckmessung - Messung der Sauerstoffsättigung - EKG-Monitoring - Funktionstest(s) und Programmierung des Schrittmachers - Anfertigung eines EKGs	**330,00 €**
3076	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3064, 3074 oder 3075 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3077	**Implantation eines Eventrecorders**	**140,00 €**
3078	**Explantation eines Eventrecorders**	**78,03 €**
3079	**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 €**
3080	**Explantation mit komplexen technischen Hilfen (z.B. mechanische oder Laserschleusen) einer permanenten transvenösen Schrittmacher- oder ICD-Elektrode, auch Abisolation 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 €**
3081	**Aggregatwechsel bei Schrittmacher oder ICD**	**452,00 €**
3082	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3083	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3083 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 3083 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 3083 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
3084	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3084 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 3084 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 3084 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**
3085	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3083, 3084 oder 3085 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3085 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 3085 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 3085 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**50,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IV. Gastroenterologie 05.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Bei Ansatz der Nummer 3203 neben der Nummer 4966 ist die medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 3205 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3204, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 3207 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3206, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**64,51 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3208	**Anlage oder Wechsel einer perkutan-endoskopischen Gastrostomie (PEG),** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie(n) - Pulsoxmetrie 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) - Pulsoxmetrie 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 - Pulsoxmetrie 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** *Der Zuschlag nach Nummer 3216 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3215, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**107,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
3225	**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 €**
3226	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 3226 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3225, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**64,81 €**
3227	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für die Behandlung(en) mittels Clipping oder Ligatur oder Unterspritzung,** *Der Zuschlag nach Nummer 3227 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**55,14 €**
3228	**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 €**
3229	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3203, 3214, 3217, 3220, 3222 oder 3223 für Ballondilatation oder Bougierung,** je Sitzung	**110,78 €**
3230	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 3230 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3229, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**129,61 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 *Mit der Gebühr sind die Kosten für alle oberflächlich applizierten Substanzen abgegolten.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 3235 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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, 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 €**
3238	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 3238 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3237, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**107,52 €**
3239	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3240	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 3240 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3239, 3247, 3248 oder 3249 nicht berechnungsfähig.*	**86,41 €**
3241	**Manometrie des Ösophagus,** einschließlich Sondeneinführung und Auswertung, ggf. einschließlich Lokalanästhesie Rachen, je Sitzung	**74,11 €**
3242	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3241 für High-Resolution Manometrie** *Die Kosten für die Sonde sind neben dem Zuschlag nach Nummer 3242 nicht gesondert berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 3244 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 3245 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**439,29 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3246	**Messung der Lebersteifigkeit und des Steatosegrades der Leber durch Bestimmung von CAP (Controlled Attenuation Parameter) und/oder LSM (Liver Stiffness Measurement)** *Die Leistung nach Nummer 3246 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1298 oder 1296 bei Untersuchung der Leber nicht berechnungsfähig.*	**67,00 €**
3247	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3247, 3248 oder 3249 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3247 ist für die Durchführung an einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. 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. 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.*	**15,00 €**
3248	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3247, 3248 oder 3249 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. 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. 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. 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.*	**25,00 €**
3249	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3247, 3248 oder 3249 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 3249 für die Durchführung an einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde. Der Zuschlag nach Nummer 3249 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 3249 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

V. Proktologie 05.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Probebiopsien, je Sitzung	**67,59 €**
3302	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für die Durchführung von mehr als fünf Probebiopsien,** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3309	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3301 für Mukosektomie(n) mittels Schlinge oder Kappe oder Ligatur,** ggf. einschließlich Unterspritzung *Der Zuschlag nach Nummer 3309 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 3311 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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 Probebiopsie(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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3319	**Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels,** einschließlich rektal digitaler Untersuchung, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 3319 ist neben der Leistung nach Nummer 3220, 3222, 3223, 3301, 3314, 3315, 3317 oder 3318 nicht berechnungsfähig.*	**28,10 €**
3320	**Digitale Ausräumung des Mastdarms,** je Sitzung	**48,36 €**
3321	**High Resolution Anoskopie (HRA) zur Diagnostik von dysplastischen Veränderungen des Anus und zum Analkarzinom-Screening,** einschließlich rektal digitaler Untersuchung, ggf. einschließlich - Pulsoxymetrie oder transkutaner Messung des Sauerstoffpartialdrucks - bis zu fünf Probeexzisionen, je Sitzung	**90,00 €**
3322	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3322, 3323 oder 3324 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.*	**15,00 €**
3323	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3322, 3323 oder 3324 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.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3324	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3322, 3323 oder 3324 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3324 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 3324 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 3324 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 Dialyseshunts.**

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, 3406, 3412 und/oder 3413 mit einem geringeren Gebührensatz zu berechnen. Für die Nummer 3400 gilt die 0,17fache, für die Nummer 3402 die 0,24fache, für die Nummer 3403 die 0,25fache, für die Nummer 3406 die 0,2fache, für die Nummer 3412 die 0,06fache und für die Nummer 3413 die 0,19fache Gebühr. Daneben 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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 3406 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 3406 in Höhe von 33,66 Euro

III. Pauschale für Dialysate, Schlauchsystem und Konnektor-Wechsel, Leerbeutel, Verbandsmaterial für Peritonealdialyse (CAPD) nach Nummer 3400 oder 3413 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 3412 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, Antikoagulanz-Lösungen, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze, Heparin für Lipoprotein-Apherese nach Nummer 3409 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 3410 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 3414 in Höhe von 9,78 Euro

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 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 €**
3405	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403 bei mehr als sechs Stunden Dialysedauer**	**96,87 €**
3406	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Limited-Care-Dialyse,** je Dialyse *Während der Limited-Care-Dialyse muss der Arzt in Rufbereitschaft erreichbar sein.*	**195,67 €**
3407	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Plasmapherese bzw. eines Plasmaaustauschs (unselektiv),** je Plasmapherese bzw. Plasmaaustausch	**218,45 €**
3408	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403 oder 3407 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 €**
3409	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Apherese (selektiv) oder extrakorporalen Photopherese,** auch Lipid-Apherese, je Apherese	**218,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3410	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403, 3407 oder 3409 bei Citratantikoagulation**	**27,24 €**
3411	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Immunapherese/Adsorption hydrophober Substanzen,** je Apherese *Die Berechnung von Spüllösung, Filter/Adsorber, Schlauchsystem und Punktionsnadeln, Antikoagulanz-Lösungen, Verbandsmaterial, Verpflegung, Wäschereinigung, Perfusorspritze und Heparin erfolgt nach § 10. Alle anderen Materialien sind durch den Ansatz der Nummer 3411 abgegolten.*	**315,27 €**
3412	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer intermittierenden Peritonealdialyse im Dialysezentrum oder unter stationären Bedingungen,** unter Verwendung eines Cyclers, je Dialyse	**253,95 €**
3413	**Kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse CAPD) im Dialysezentrum oder unter stationären Bedingungen,** je Kalendertag	**193,00 €**
3414	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3402, 3403, 3406, 3407, 3409, 3412 oder 3413 bei Patienten mit Infektionen folgender Art, wie z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, Humanes Immundefizienz-Virus (HIV) und/oder multiresistente Keime** *Der Zuschlag nach Nummer 3414 ist im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3400 oder 3402 nur bei Hausbesuch des Arztes und/oder des Dialysepersonals berechnungsfähig.*	**73,27 €**
3415	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3403, 3406 oder 3413 für die intensivierte Betreuung bei Durchführung einer Trainingsdialyse zur Vorbereitung auf ein Heimdialyseverfahren** *Der Zuschlag nach Nummer 3415 ist innerhalb der ersten zwei Monate nach Erstdialyse bis zu 25-mal berechnungsfähig.*	**266,61 €**
3416	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3400, 3412 oder 3413 für den peritonealen Äquilibrationstest mit einer Verweilzeit von mindestens vier Stunden**	**243,05 €**
3417	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3403, 3412 oder 3413 bei Patienten mit Demenz mit Agitiertheit und Sedierungsbedürftigkeit und/oder bei dekompensierter Leberzirrhose mit hämorrhagischer Diathese** *Der Zuschlag nach Nummer 3417 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 nicht berechnungsfähig.*	**53,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3418 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3418 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3419 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3419 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3418, 3419 oder 3420 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3420 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3420 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**485,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VII. Pneumologie 05.07

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 3501 ist neben der Leistung nach Nummer 1500, 1501, 1510, 1511, 3507 oder 3523 nicht berechnungsfähig.*	**8,88 €**
3502	**Mehrfache oxymetrische Messungen als Langzeitbeobachtung (Mindestanzahl 6 Messungen),** auch als kontinuierliche Messung, Dauer mindestens 6 Stunden *Die Leistung nach Nummer 3502 ist neben der Leistung nach Nummer 1501, 1503, 1511, 1514, 3507 oder 3508 nicht berechnungsfähig.*	**47,93 €**
3503	**Bestimmung des Atemwiderstandes nach der Verschlussdruckmethode oder der Oszillationsmethode,** einschließlich graphischer Registrierung *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.*	**13,35 €**
3504	**Ruhespirographische Untersuchung mit fortlaufend registrierenden Methoden,** einschließlich graphischer Registrierung, Flussvolumenkurve *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.*	**36,39 €**
3505	**Messung(en) der Atemmuskelfunktion** *Die Leistung nach Nummer 3505 ist auch bei Anwendung mehrerer Verfahren nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**23,78 €**
3506	**Impulsoszillometrie** *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.*	**26,71 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3507	**Spiroergometrische Untersuchung und Darstellung der Flussvolumenkurve, mit kontinuierlicher Bestimmung von O2 und CO2 in der Exspirationsluft, 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 €**
3508	**Spiroergometrische Untersuchung und Darstellung der Flussvolumenkurve, mit kontinuierlicher Bestimmung von O2 und CO2 in der Exspirationsluft, 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 *Die Leistung nach Nummer 3510 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3516 bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3510 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 3511 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3515 oder 3516 bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 oder 3518 oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 oder 3514 bis zu viermal oder in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 1020 bis zu sechsmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3511 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 3512 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig. Abweichend davon ist sie in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 3515 bis zu zweimal, in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3517 oder in Verbindung mit dem Zuschlag nach Nummer 3513 bis zu viermal oder in Verbindung mit der Leistung nach Nummer 1020 bis zu sechsmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3512 ist neben der Leistung nach Nummer 3504 nicht berechnungsfähig.*	**71,27 €**
3513	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für standardisierte Laufbelastung,** einschließlich oxymetrischer Messung(en)	**32,80 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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) *Der Zuschlag nach Nummer 3514 ist neben der Leistung nach Nummer 3513, 3543, 3544 oder 3545 nicht berechnungsfähig.*	**38,37 €**
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** *Der Zuschlag nach Nummer 3516 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 3515, 3543, 3544 oder 3545 nicht berechnungsfähig.*	**6,44 €**
3517	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3503, 3504, 3506, 3511 oder 3512 für unspezifischen quantitativen inhalativen Provokationstest,** einschließlich Nachbetreuung und -beobachtung *Der Zuschlag nach Nummer 3517 ist neben der Leistung nach Nummer 1020 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 3518 ist neben der Leistung nach Nummer 1020, 3517, 3543, 3544 oder 3545 nicht berechnungsfähig.*	**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 Exspirationsluft**	**22,24 €**
3522	**Messung von Stickstoffmonoxid (NO) in der Exspirationsluft bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr**	**33,37 €**
3523	**Gehtest von mindestens sechs Minuten Dauer, Bestimmung der maximalen Gehstrecke,** einschließlich - der Bewertung der subjektiven Belastbarkeit mittels evaluierter Instrumente - oxymetrischer Messung(en)	**30,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3524	**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 *Die Leistung nach Nummer 3524 ist vom selben Arzt neben der Leistung nach Nummer 1700, 1701 oder 1704 nicht berechnungsfähig.*	**443,81 €**
3525	**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 *Die Leistung nach Nummer 3525 ist vom selben Arzt neben der Leistung nach Nummer 1700, 1701 oder 1704 nicht berechnungsfähig.*	**307,05 €**
3526	**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 €**
3527	**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 €**
3528	**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 €**
3529	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für die Durchführung von Katheterbiopsien oder peripheren Lungenbiopsien oder einer bronchoalveolären Lavage (BAL)**	**34,89 €**
3530	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für endobronchiale sonographische Untersuchung zur Abklärung von parabronchialen und/oder paratrachealen Prozessen oder für Messung(en) der Kollateralventilation**	**63,58 €**
3531	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer endobronchialer Stents oder Coils oder eines oder mehrerer Ventile (einschließlich Chartis Messung der Kollateralventilation)**	**398,56 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3532	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527 oder 3528 für den endobronchialen Einsatz eines lokalablativen (z.B. thermischen) Verfahrens,** je Sitzung	**77,10 €**
3533	**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 €**
3534	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528 oder 3533 für die Durchführung von gezielter Gewebeentnahme aus den der Bronchialwand benachbarten Strukturen unter Verwendung eines endobronchialen Ultraschallsystems (EBUS)**	**90,92 €**
3535	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528 oder 3533 für Fluss- und Druckmessungen in den einzelnen Lungenlappen mit dem Chartis System zur Beurteilung der Kollateralventilation ohne nachfolgende Ventilsetzung**	**77,10 €**
3536	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528 oder 3533 für das Entfernen von aspirierten Fremdkörpern aus dem Bronchialsystem**	**77,10 €**
3537	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1104, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528 oder 3533 für die Durchführung von zentralen oder peripheren Kryobiopsien**	**77,10 €**
3538	**Messung von Kohlenmonoxid (CO) in der Exspirationsluft**	**13,33 €**
3539	**Schweißtest (Pilocarpin-Iontophorese),** einschließlich Aufbringen von Pilocarpin, ggf. einschließlich Bestimmung der Leitfähigkeit	**58,80 €**
3540	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3539 für Bestimmung der Chloridionenkonzentration**	**35,21 €**
3541	**Einleitung einer nicht-invasiven, apparativen Beatmung** *Die Leistung nach Nummer 3541 ist nicht für eine CPAP oder eine alleinige O2-Insufflation berechnungsfähig.*	**80,53 €**
3542	**Messung der Atemantwort,** auf unterschiedliche Konzentrationen von CO2 und/oder O2 in der Inspirationsluft	**35,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3543	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3543, 3544 oder 3545 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3543 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3543 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
3544	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3543, 3544 oder 3545 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3544 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3544 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
3545	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3543, 3544 oder 3545 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3545 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 3545 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 3545 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VIII. Rheumatologie/Immunologie 05.08

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 3600 ist neben Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**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) *Die Leistung nach Nummer 3601 ist neben Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**41,50 €**
3602	**Steuerung und Überwachung einer spezifischen kontinuierlichen rheumatologischen Therapie eines Patienten mit einer gesicherten chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankung** *Die Leistung nach Nummer 3602 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.* *Die Leistung nach Nummer 3602 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 22 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 22 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3602 neben der Leistung nach Nummer 3602 nicht mehr berechnet werden.*	**126,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3603	**Steuerung und Überwachung einer kontinuierlichen immunsuppressiven oder immunmodulierenden Therapie eines Patienten mit einer gesicherten Autoimmunerkrankung oder einem Immundefekt** *Die Leistung nach Nummer 3603 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.* *Die Leistung nach Nummer 3603 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 22 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3603 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 22 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3603 neben der Leistung nach Nummer 3603 nicht mehr berechnet werden.*	**64,37 €**
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3604 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3604 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3605 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3605 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3604, 3605 oder 3606 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3606 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3606 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IX. Hämatologie/Onkologie/Infektiologie 05.09

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 3700 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1818, 8329, 8339 oder 8340 für den Einsatz eines Pumpensystems zur arztgesteuerten, kontrollierten Medikamenteninfusion mittels Perfusor oder vergleichbarer Geräte nicht berechnungsfähig.*	**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** *Die Leistung nach Nummer 3702 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.* *Die Leistung nach Nummer 3702 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 22 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3702 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig. Danach kann die Leistung nach Nummer 22 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3702 neben der Leistung nach Nummer 3702 nicht mehr berechnet werden.* *Behandlungen von erworbenen Vitamin- und Eisenmangelanämien sind nicht mit der Leistung nach Nummer 3702 berechnungsfähig.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3703 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3703 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3704 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3704 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 3703, 3704 oder 3705 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 3705 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3705 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

X. Endokrinologie/Diabetologie 05.10

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3800	**Steuerung und Überwachung einer spezifischen kontinuierlichen endokrinologischen Therapie eines Patienten mit einer gesicherten endokrinologischen Erkrankung** *Die Leistung nach Nummer 3800 ist nur berechnungsfähig, sofern mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu dieser Erkrankung stattgefunden haben.* *Die Leistung nach Nummer 3800 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3800 ist bei alleiniger benigner Struma ohne eine weitere endokrinologische Erkrankung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 22 ist für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3800 nur einmal zu Beginn der Therapie berechnungsfähig.* *Danach kann die Leistung nach Nummer 22 für die zugrundeliegende Erkrankung der Nummer 3800 neben der Leistung nach Nummer 3800 nicht mehr berechnet werden.*	**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 *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).* *Die Leistung nach Nummer 3801 ist einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3801 ist neben der Leistung nach Nummer 3800 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 3802 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 3802 ist neben Beratungs-, Gesprächs- oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**81,24 €**
3803	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 3802 bei Patienten mit Nachweis von multiresistenten Keimen in der Wunde am Fuß**	**72,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.* *Die Leistung nach Nummer 3804 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.* *Art und Name des Funktionstests sind in der Rechnung anzugeben.*	**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** *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 3805 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3805 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**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** *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 3806 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 3806 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XI. Arbeitsmedizin 05.11

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
3900	**Arbeitsmedizinische und/oder betriebsärztliche Betreuung im Rahmen von Grundbetreuung und betriebsspezifischer Betreuung,** je vollendete 10 Minuten	**25,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XII. Kinder- und Jugendmedizin 05.12

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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) *Neben der Leistung nach Nummer 4000 sind andere Beratungs-, Gesprächs- (z.B. Anamneseerhebungen) oder Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**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** *Die Leistung nach Nummer 4003 ist einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig.* *Die hierfür erforderliche Röntgenaufnahme ist gesondert berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4004 ist neben der Leistung nach Nummer 1400, 1401 oder 1402 und Untersuchungsleistungen des Kapitels B nicht berechnungsfähig.*	**71,41 €**
4005	**Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4005 ist neben der Leistung nach Nummer 4970 oder 4971 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Sofern das Sprech- oder Sprachverständnis untersucht wird, ist die Leistung nach Nummer 4006 nicht neben der Leistung nach Nummer 4005 berechnungsfähig.*	**19,17 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 4010 ist ab dem 4. Lebensjahr im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 4010 sind kurative Leistungen und Leistungen zur Impfberatung nach Nummer 8 und 9 zusätzlich berechnungsfähig.* *Beratungs- und Gesprächsleistungen zur Früherkennung (z.B. andere Anamneseerhebungen) des Kapitels B sind daneben nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4010 ist zur Abklärung einer akuten Erkrankung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4010 umfasst nicht Funktions-, Entwicklungs- oder technische Untersuchungen der Organsysteme; diese sind neben der Leistung nach Nummer 4010 berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4011 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4012 berechnungsfähig.*	**9,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4012 ist je Sitzung bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**29,24 €**
4013	**Transkutane Bilirubinbestimmung**	**10,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XIII. Dermatologie 05.13

Allgemeine Bestimmungen

1. **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 cm^2, groß entspricht größer als 4 cm^2.**
   3. **Volumen: klein entspricht bis 1 cm^3, groß entspricht größer als 1 cm^3.**
   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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4101 ist neben der Leistung nach Nummer 4133 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4102 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die durchgeführten Hautfunktionstests sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,66 €**
4103	**Minimalinvasiver Hautfunktionstest II,** Evaporimetrie, Profilometrie, Chromamometrie, pH-Metrie, Elastizitätsmessung, Messung der Hydratisierung oder Messung des Fettgehaltes, je Test *Die Leistung nach Nummer 4103 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die durchgeführten Hautfunktionstests sind in der Rechnung anzugeben.*	**20,35 €**
4104	**Kryotherapie der Haut,** je Sitzung	**18,24 €**
4105	**Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen,** je Sitzung	**16,93 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Lokalisation der behandelten Kondylome ist in der Rechnung anzugeben.*	**33,83 €**
4113	**Chemo- bzw. immunochirurgische Behandlung einer Präkanzerose oder Kanzerose,** auch in mehreren Sitzungen, je Lokalisation *Die Lokalisation der behandelten Präkanzerose(n) ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *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.*	**17,31 €**
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 *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.*	**18,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4118	**Dermatoskopie mittels Auflichtmikroskopie (bei mehr als 5 Hautläsionen),** ggf. einschließlich Photodokumentation, je Sitzung *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.*	**24,99 €**
4119	**Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen,** einschließlich Bildweiterverarbeitung und -auswertung *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.*	**51,35 €**
4120	**Ganzkörperfotografie (Total Bodymapping)** *Bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 4120 und 4119 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**
4121	**Konfokale Lasermikroskopie zur nichtinvasiven Diagnostik oberflächennaher Hautveränderungen,** je untersuchte Läsion *Die Leistung nach Nummer 4121 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**123,98 €**
4122	**Quantitative Schweißmessung**	**20,35 €**
4123	**UV-Erythemschwellenwertbestimmung,** je Sitzung	**11,24 €**
4124	**Entleerung eines Lymphödems an Arm oder Bein oder Gesicht**	**20,83 €**
4125	**Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung,** je Sitzung	**11,83 €**
4126	**Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen**	**41,10 €**
4127	**Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen bei einem Bestrahlungsfeld bis zu 30 cm²** *Die Kosten für die photosensibilisierende Substanz sind gesondert berechnungsfähig.*	**62,45 €**
4128	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4127 für jedes weitere Bestrahlungsfeld bis zu 30 cm²**	**13,75 €**
4129	**Ganzkörper-Phototherapie mit selektivem langwelligem UVA-I-Licht (Mindeststärke 12 kW),** je Sitzung	**34,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4130	**Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum,** je Sitzung	**13,47 €**
4131	**Photochemotherapie,** je Sitzung	**17,18 €**
4132	**Balneophototherapie,** je Sitzung	**43,82 €**
4133	**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 *Die Leistung nach Nummer 4133 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**96,62 €**
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 5 bis 20 cm², im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von 51 bis zu 100 Impulsen,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4134 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**145,88 €**
4135	**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 *Die Leistung nach Nummer 4135 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**195,14 €**
4136	**Chemisches Peeling bei Hauterkrankungen,** je Körperregion *Die Indikation und die behandelte Körperregion sind in der Rechnung anzugeben.*	**37,94 €**
4137	**(Mittel)tiefes chemisches Peeling** *Ein (mittel-)tiefes chemisches Peeling liegt vor bei einer Säurekonzentration ≥ 50 % oder einem pH-Wert ≤ 1,5 der eingesetzten Substanz.* *Die Indikation und die behandelte Körperregion sind in der Rechnung anzugeben.*	**48,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4138	**Korrektur einer atrophen, nicht kontrakten kleinen Narbe durch Injektion**	**14,59 €**
4139	**Korrektur einer atrophen, nicht kontrakten großen Narbe durch Injektion**	**26,15 €**
4140	**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 *Die Leistung nach Nummer 4140 ist neben der Leistung nach Nummer 4144 oder 4145 nicht berechnungsfähig.*	**74,57 €**
4141	**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 *Die Leistung nach Nummer 4141 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**13,37 €**
4142	**Elektrochemotherapie oder Bleomycin-Elektrosklerotherapie (BEST),** einschließlich - Infusion des Chemotherapeutikums - Durchführung der Elektroporation	**200,00 €**
4143	**Mikrodermabrasion,** **einschließlich** **- Vorbereitung der Haut** **- Abtragung der oberen Hautschicht** **- Nachbehandlung mit feuchtigkeitsspendenden Wirkstoffen (zum Beispiel Gesichtsmasken, Cremes usw.),** je Sitzung	**68,37 €**
4144	**Line-field konfokale optische Kohärenztomographie (LC-OCT) zur präoperativen Beurteilung von Schnitträndern bei geplanten operativen Eingriffen an der Haut,** einschließlich - strukturierter Markierung und Unterteilung des Schnittrandes in Quadranten - multipler hochauflösender In-vivo-Untersuchung der Schnitträndern in mindestens vier Messpositionen - ggf. indikationsbedingter Erweiterung des Schnittrandes mit erneuter tomographischer Bewertung - computerunterstützter Bildrekonstruktion und -analyse - ärztlicher Befundung, Bewertung und dokumentierter Festlegung des operativen Vorgehens, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4144 ist neben der Leistung nach Nummer 4145 oder 4140 nicht berechnungsfähig.*	**300,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4145	**Line-field konfokale optische Kohärenztomographie (LC-OCT) einer umschriebenen Hautläsion,** einschließlich - Indikationsstellung und patientenbezogener Vorbereitung - hochauflösender bildgebender In-vivo-Untersuchung in horizontaler und vertikaler Ebene - computerunterstützter Bildrekonstruktion und -analyse - ärztlicher Befundung und Bewertung - bildbasierter Dokumentation, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4145 ist neben der Leistung nach Nummer 4144 oder 4140 nicht berechnungsfähig.*	**200,00 €**
4146	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4146, 4147 oder 4148 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4146 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4146 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 4146 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
4147	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4146, 4147 oder 4148 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4147 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4147 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 4147 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4148	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4146, 4147 oder 4148 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4148 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4148 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 4148 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XIV. Konservative Orthopädie 05.14

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4200	**Abdruckherstellung an einer oberen Extremität,** ggf. einschließlich Erstellen eines Konstruktionsplans *Die Leistung nach Nummer 4200 ist zweimal berechnungsfähig, wenn zusätzlich ein Abdruck von der Schulter hergestellt wird.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4204 ist zweimal berechnungsfähig, wenn zusätzlich ein Abdruck vom Becken hergestellt wird.*	**55,14 €**
4205	**Abdruckherstellung eines Fußes oder beider Füße,** ggf. einschließlich Erstellen eines Konstruktionsplans *Die Leistung nach Nummer 4205 ist neben der Leistung nach Nummer 4204 nicht berechnungsfähig.*	**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 Messaufnehmern	**125,91 €**
4210	**Anlegen oder Regulieren einer Finger- oder Zehennagelspange**	**18,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 segmental funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung *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.*	**22,06 €**
4216	**Chirotherapeutische Behandlung an einem Wirbelsäulenabschnitt, einschließlich vorheriger segmental funktioneller Untersuchung und Probezug,** je Sitzung Als ein Wirbelsäulenabschnitt gilt die Halswirbel-, Brustwirbel-, Lendenwirbelsäule oder beide Kreuzbein-/Darmbeingelenke. *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.*	**23,91 €**
4217	**Gebrauchsschulung für eine Extremitätenprothese,** je Sitzung	**43,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4218	**Invasive Magnetfeldtherapie (Elektro-Osteostimulation),** je Sitzung	**28,08 €**
4219	**Eingangs- oder Abschlussuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie von Wirbelsäule, Becken oder Extremitäten,** einschließlich - Dokumentation - biomechanischer Funktionsanalysen bzw. funktionsbezogener Messverfahren - spezieller Schmerzanamnese *Die Leistung nach Nummer 4219 ist neben der Leistung nach Nummer 2020 nicht berechnungsfähig.*	**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 30 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 acht 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 *Die Leistung nach Nummer 4222 ist bis zu fünfmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**89,73 €**
4223	**Fokussierte Stoßwellenbehandlung,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Ultraschallkontrolle, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4223 ist bis zu fünfmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**193,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4224	**Funktionelle Übungsbehandlung als Anleitung zum Eigentraining auch an medikomechanischen Apparaten, vom Arzt selbst ausgeführt,** je Sitzung, Dauer mindestens 5 Minuten	**11,77 €**
4225	**Osteopathisch medizinische Behandlung im viszeralen Bereich,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4225 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4226 berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4225 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**7,41 €**
4226	**Osteopathisch medizinische Behandlung im viszeralen Bereich,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4226 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4226 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**22,30 €**
4227	**Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen an der oberen oder unteren Extremität,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4227 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4228 berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4227 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**7,41 €**
4228	**Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen an der oberen oder unteren Extremität,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4228 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4228 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**22,30 €**
4229	**Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen der Wirbelsäule einschließlich der Rippengelenke und des Beckenringes,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4229 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4230 berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4229 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**7,41 €**
4230	**Manualmedizinische und/oder osteopathisch medizinische Behandlung multisegmentaler und somatischer Funktionsstörungen der Wirbelsäule einschließlich der Rippengelenke und des Beckenringes,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4230 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4230 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**22,30 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4231	**Osteopathisch medizinische Behandlung im neurokraniellen Bereich,** Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4231 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4232 berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4231 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**7,41 €**
4232	**Osteopathisch medizinische Behandlung im neurokraniellen Bereich,** je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4232 ist je Sitzung bis zu fünfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4232 ist neben der Leistung nach Nummer 2008, 2009 oder 2010 nicht berechnungsfähig.*	**22,30 €**
4233	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4233, 4234 oder 4235 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4233 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4233 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 4233 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
4234	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4233, 4234 oder 4235 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4234 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4234 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 4234 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4235	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4233, 4234 oder 4235 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4235 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4235 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 4235 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **G**

Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Neurologie, Neuropädiatrie 06.01

Allgemeine Bestimmungen

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4300	**Neurologische Untersuchung von mindestens drei Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße** *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.*	**30,35 €**
4301	**Neurologische Untersuchung von mindestens fünf Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße** *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.*	**41,47 €**
4302	**Neurologische Untersuchung von mindestens sieben Untersuchungsbereichen, wie z.B. Hirnnerven, Motorik, Sensibilität, Reflexe, vegetatives Nervensystem, Koordination, extrapyramidales System, hirnversorgende Gefäße** *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.*	**56,56 €**
4303	**Videogestützte neurologische Untersuchung und/oder dreidimensionale Bewegungsanalyse, auch zur Therapieüberwachung, z.B. bei Morbus Parkinson,** Dauer mindestens 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4303 ist unabhängig von der Dauer nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4303 ist neben der Leistung nach Nummer 4300, 4301 oder 4302 nicht berechnungsfähig.*	**83,18 €**
4304	**Neuropharmakologische Testung(en),** einschließlich aller zur Beurteilung des Ergebnisses erforderlichen Untersuchungen, ggf. einschließlich Injektion(en), je Kalendertag *Die Leistung nach Nummer 4304 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**47,77 €**
4305	**Vegetative Funktionsdiagnostik,** einschließlich - Anwendung pharmakologischer Testmethoden und/oder - Wärmeanwendung und/oder - Injektionen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4305 ist neben der Leistung nach Nummer 4300, 4301, 4302, oder 4304 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4305 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**30,54 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4306	**Elektroenzephalographische Untersuchung,** ggf. einschließlich Standardprovokationen (unter mehrfacher Prüfung der mentalen und sensoriellen Reaktivität), Elektrodenplatzierung mindestens nach dem Internationalen 10/20-System, Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4306 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**75,74 €**
4307	**Elektroenzephalographische Untersuchung,** ggf. einschließlich Standardprovokationen (unter mehrfacher Prüfung der mentalen und sensoriellen Reaktivität) bei Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr, Elektrodenplatzierung mindestens nach dem Internationalen 10/20-System, Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4307 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**100,74 €**
4308	**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 *Eine EEG-gestützte Narkoseüberwachung ist nach dieser Leistung nicht berechnungsfähig, auch wenn die Dauer mehr als 18 Stunden beträgt.*	**172,95 €**
4309	**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 *Eine EEG-gestützte Narkoseüberwachung ist nach dieser Leistung nicht berechnungsfähig, auch wenn die Dauer mehr als 18 Stunden beträgt.*	**201,25 €**
4310	**Kurzschlaf-EEG-Untersuchung,** Ableitungsdauer mindestens 40 Minuten	**101,01 €**
4311	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4306 oder 4310 für Video-Beobachtung und/oder -Aufzeichnung,** einschließlich Auswertung, Dauer mindestens 20 Minuten	**39,05 €**
4312	**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 *Die Leistung nach Nummer 4312 ist im Behandlungsfall bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**324,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4313	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4312 für Ableitung mit intrazerebralen Elektroden**	**154,16 €**
4314	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4312 für Ableitung mit intrazerebralen Elektroden bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 4314 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4313, 4354, 4355 oder 4356 nicht berechnungsfähig.*	**180,37 €**
4315	**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 *Die Leistung nach Nummer 4315 ist im Behandlungsfall bis zu viermal berechnungsfähig.*	**303,55 €**
4316	**Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation,** einschließlich Aufzeichnung und Auswertung, je Stimulationsort	**138,71 €**
4317	**Visuell evozierte Potentiale (VEP),** ein- oder beidseitig *Die Leistung nach Nummer 4317 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**79,42 €**
4318	**Akustisch evozierte Potentiale (AEP),** einschließlich frühe AEP zur Topodiagnostik, ein- oder beidseitig *Die Leistung nach Nummer 4318 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**79,42 €**
4319	**Somatosensorisch evozierte Potentiale (SEP),** einschließlich frühe SEP, je Nerv einer Seite *Der untersuchte Nerv ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 4319 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**44,90 €**
4320	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4319 für segmentale Ableitung somatosensorisch evozierter Potentiale**	**23,54 €**
4321	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4319 für segmentale Ableitung somatosensorisch evozierter Potentiale bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 4321 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4320, 4354, 4355 oder 4356 nicht berechnungsfähig.*	**27,54 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4322	**Magnetisch evozierte motorische Potentiale (MEP) an den oberen oder unteren Extremitäten,** ein- oder beidseitig *Die untersuchten Extremitäten sind in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 4322 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**78,09 €**
4323	**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 *Die Leistung nach Nummer 4323 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**89,38 €**
4324	**Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen- oder Nadelelektroden,** antidrom und/oder orthodrom, je Nerv, ein- oder beidseitig *Die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 4324 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4324 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**47,71 €**
4325	**Motorische Elektroneurographie,** einschließlich Überleitungszeit, je Nerv, ein- oder beidseitig *Die Leistung nach Nummer 4325 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4325 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**43,94 €**
4326	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4325 für Messung von H-Reflex, F-Welle, analoger motorischer elektroneurographischer Parameter und/oder für Inching (schrittweise Stimulation eines Nerven in kurzen Abständen),** je Nerv einer Seite *Die Parameter und die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.*	**26,83 €**
4327	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4325 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 einer Seite *Der Zuschlag nach Nummer 4327 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4326, 4354, 4355 oder 4356 nicht berechnungsfähig.* *Die Parameter und die untersuchten Nerven sind in der Rechnung anzugeben.*	**31,40 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4328	**Elektromyographische Untersuchung mit Nadelelektroden,** einschließlich - Ableitung der Spontanaktivität - Registrierung der Potentiale motorischer Einheiten - Bestimmung von Rekrutierungsverhalten und Maximalinnervation, je Muskel einer Seite *Die untersuchten Muskeln sind in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistungen nach Nummer 4328 ist neben der Leistung nach Nummer 4329 oder 8378 nicht berechnungsfähig.*	**44,95 €**
4329	**Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächenelektroden,** je Muskel, ein- oder beidseitig *Die untersuchten Muskeln sind in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistungen nach Nummer 4329 ist neben der Leistung nach Nummer 4328 oder 8378 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4329 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**30,98 €**
4330	**Einzelfaser-Elektromyographie,** ggf. einschließlich Jittermessung	**128,38 €**
4331	**Hirnstammreflexuntersuchung (Blink-, Masseter- oder Long-Loop-Reflex),** ein- oder beidseitig, je Untersuchung *Die Leistung nach Nummer 4331 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**72,36 €**
4332	**Diagnostische repetitive Nervenstimulation,** je Nerv-Muskel-Kombination, je Seite *Die Muskeln und Nerven sind in der Rechnung anzugeben.*	**89,89 €**
4333	**Quantitative Tremoranalyse,** einschließlich elektromyographischer und/oder mechanographischer Messung, je Kalendertag	**131,84 €**
4334	**Statische, mobile, dynamische und/oder aktive Posturographie**	**80,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4335	**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 €**
4336	**Funktionsanalyse und ggf. Umprogrammierung eines Steuergeräts bzw. Impulsgenerators zur Elektrodenstimulation im Bereich der Basalganglien (z.B. tiefe Hirnstimulation bei Morbus Parkinson) oder des Vagusnerven oder von Nervenwurzeln des Rückenmarks,** einschließlich der zur Beurteilung des Ergebnisses erforderlichen Untersuchung, je Sitzung	**74,19 €**
4337	**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 *Die Leistung nach Nummer 4337 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1818 oder 1820 nicht berechnungsfähig.*	**59,99 €**
4338	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4337 für das sterile Auffüllen eines intrathekalen Medikamentenreservoirs einer implantierten Pumpe**	**67,53 €**
4339	**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 *Die Leistung nach Nummer 4339 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1818 oder 1820 nicht berechnungsfähig.*	**107,88 €**
4340	**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 *Die Leistung nach Nummer 4340 ist neben der Leistung nach Nummer 1817, 1818 oder 1820 nicht berechnungsfähig.*	**86,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4341	**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 *Die Leistung nach Nummer 4341 ist neben der Leistung nach Nummer 4342 oder 8378 nicht berechnungsfähig.*	**74,96 €**
4342	**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 *Die Leistung nach Nummer 4342 ist neben der Leistung nach Nummer 8378 nicht berechnungsfähig.*	**55,88 €**
4343	**Qualitative Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung je Sitzung** *Bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 4344 und 4343 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**35,14 €**
4344	**Quantitativer Riech- (z.B. zur Diagnostik bei Morbus Parkinson) und/oder Geschmackstest,** ggf. einschließlich Schwellenwertbestimmung, je Sitzung *Bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 4344 und 4343 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**53,89 €**
4345	**Klinische Untersuchung von kognitiv-mnestischen und neuropsychologischen Funktionen** *Die Leistung nach Nummer 4345 ist berechnungsfähig, wenn mindestens drei kognitive Domänen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, perzeptuell-motorische Fähigkeiten, soziale Kognitionen) klinisch untersucht werden.*	**57,45 €**
4346	**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 €**
4347	**Planung, Koordination oder Organisation eines multimodalen Behandlungskonzepts mit komplementären Versorgungsstrukturen oder intensivierter 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** *Die Leistung nach Nummer 4347 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4347 ist neben der Leistung nach Nummer 22 nicht berechnungsfähig.*	**84,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4348	**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** *Die Leistung nach Nummer 4348 ist im Kalenderhalbjahr einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4348 ist neben der Leistung nach Nummer 208 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 4348 ist Wegegeld berechnungsfähig.*	**113,39 €**
4349	**Eigenständige Anleitung einer Bezugsperson in der krankheitsadäquaten Betreuung eines Patienten mit schweren Funktionsbehinderungen oder Kommunikationsstörungen aufgrund einer neurologischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung** *Die Leistung nach Nummer 4349 ist einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4349 ist neben der Leistung nach Nummer 13 nicht berechnungsfähig.*	**59,90 €**
4350	**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 *Die Leistung nach Nummer 4350 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4350 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.* *Die Leistung nach Nummer 4350 ist neben der Leistung nach Nummer 1107 nicht berechnungsfähig.*	**142,35 €**
4351	**Zuschlag im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 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 *Der Zuschlag nach Nummer 4351 ist nur einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 4351 kann dabei über das Ende eines Kalendertages hinausgehen und die Erfüllung des Leistungsinhalts für eine einmalige Berechnungsfähigkeit somit auf zwei Kalendertage verteilt sein.*	**80,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4352	**Klinisch-neurologische Erst- oder Zweituntersuchung zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls,** einschließlich Apnoe-Test	**134,25 €**
4353	**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 €**
4354	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4354, 4355 oder 4356 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4354 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 4354 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
4355	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4354, 4355 oder 4356 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4355 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4355 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 4355 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4356	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4354, 4355 oder 4356 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4356 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4356 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 4356 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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

Allgemeine Bestimmungen

1. **Probatorische Sitzungen können als solche gekennzeichnet werden und sind über die psychotherapeutischen Nummern zu berechnen.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4400	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung,** ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, Dauer unter 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4400 beinhaltet die Erfassung des aktuellen Befindens und die Erhebung des aktuellen Befundes.* *Die Leistung nach Nummer 4400 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4401 berechnungsfähig.*	**11,98 €**
4401	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung,** ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, je vollendete 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4401 beinhaltet die Erfassung des aktuellen Befindens und die Erhebung des aktuellen Befundes.* *Die Leistung nach Nummer 4401 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4402 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4403 berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4403 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4404 ist im Krankheitsfall einmal berechnungsfähig.*	**109,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4405 ist innerhalb von drei Kalendermonaten einmal berechnungsfähig.*	**178,55 €**
4406	**Erhebung der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Fremdanamnese,** Dauer unter 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4406 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4407 berechnungsfähig.*	**9,86 €**
4407	**Erhebung der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Fremdanamnese,** je vollendete 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4407 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig.*	**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 *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.*	**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 *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.*	**38,45 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4410 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4411 berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4411 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**31,82 €**
4412	**Psychoedukative Einzelbehandlung,** Dauer unter 15 Minuten *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.*	**11,12 €**
4413	**Psychoedukative Einzelbehandlung,** je vollendete 15 Minuten *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.*	**33,18 €**
4414	**Psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische oder psychoedukative Gruppenbehandlung mit höchstens 9 Teilnehmern,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten *Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**24,05 €**
4415	**Psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische oder psychoedukative Gruppenbehandlung mit mindestens 10 bis höchstens 15 Teilnehmern,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten *Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**17,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4416	**Psychoedukative Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit höchstens 6 Teilnehmern, auch unter Einbezug der Bezugspersonen,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 50 Minuten *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**40,08 €**
4417	**Psychoedukative Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit höchstens 6 Teilnehmern, auch unter Einbezug der Bezugspersonen,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 100 Minuten *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**79,57 €**
4418	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4418 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4418 ist neben der Leistung nach Nummer 4419 nicht berechnungsfähig.*	**40,08 €**
4419	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4419 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4419 ist neben der Leistung nach Nummer 4418 nicht berechnungsfähig.*	**79,57 €**
4420	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4420 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4420 ist neben der Leistung nach Nummer 4421 nicht berechnungsfähig.*	**30,06 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4421	**Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4421 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4421 ist neben der Leistung nach Nummer 4420 nicht berechnungsfähig.*	**59,68 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 4422 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4423 berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4423 ist fünfmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**38,46 €**
4424	**Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training oder Hypnose, Einzelbehandlung,** je Sitzung, Dauer mindestens 25 Minuten *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.*	**31,27 €**
4425	**Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training oder Hypnose, Einzelbehandlung,** je Sitzung, Dauer mindestens 50 Minuten *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.*	**62,03 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4426	**Übende Verfahren, z.B. Progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, Gruppenbehandlung mit höchstens 10 Teilnehmern,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 25 Minuten *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 Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *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 Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,45 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 4428 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4428 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4429 oder 4430 nicht berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**11,79 €**
4429	**Übende Verfahren bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4429 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4429 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4428 oder 4430 nicht berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmerist in der Rechnung anzugeben.*	**15,56 €**
4430	**Übende Verfahren bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4430 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4430 ist neben der Leistung nach Nummer 4424, 4425, 4426, 4427, 4428 oder 4429 nicht berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**30,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4431	**Anleitung, Auswertung und Bewertung von störungsorientierten Trainingsverfahren, auch PC-gestützt,** Dauer mindestens 40 Minuten *Bereitstellungskosten für das PC-gestützte Verfahren sind nicht gesondert berechnungsfähig.*	**45,92 €**
4432	**Einbindung einer die Psychotherapie spezifisch ergänzenden oder unterstützenden Digitalen Gesundheitsanwendung, die bei einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Indikation eingesetzt wird** *Die Digitale Gesundheitsanwendung, die in die Psychotherapie eingebunden wurde, ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach der Nummer 4432 ist nur berechnungsfähig bei Einbindung einer im Verzeichnis des BfArM gelisteten Digitalen Gesundheitsanwendung.* *Die Leistung nach Nummer 4432 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.*	**20,00 €**
4433	**Schriftlicher, ausführlicher Bericht zur Einleitung oder Fortführung sowie zur Überprüfung der Leistungspflicht einer Psychotherapie,** Dauer unter 50 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4433 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4434 berechnungsfähig.*	**34,96 €**
4434	**Schriftlicher, ausführlicher Bericht zur Einleitung oder Fortführung sowie zur Überprüfung der Leistungspflicht einer Psychotherapie,** je vollendete 50 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4434 ist je Berichterstellung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**110,72 €**
4435	**Elektrokonvulsionstherapie,** einschließlich anschließender ärztlicher Überwachung, je Sitzung	**177,94 €**
4436	**Lichttherapie,** je Sitzung, Dauer mindestens 40 Minuten (bei 10.000 Lux)	**13,82 €**
4437	**Schlafentzugstherapie in Einzelbehandlung,** je Sitzung, Dauer mindestens 6 Stunden	**36,32 €**
4438	**Schlafentzugstherapie in Gruppenbehandlung mit höchstens neun Teilnehmern,** je Sitzung und Teilnehmer, Dauer mindestens 6 Stunden *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,53 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4439	**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 *Die Leistung nach Nummer 4439 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.*	**153,69 €**
4440	**Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4440 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4441 berechnungsfähig.*	**8,12 €**
4441	**Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 4441 ist je Sitzung bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**22,06 €**
4442	**Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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, je Patient, Dauer unter 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4442 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4443 berechnungsfähig.*	**2,45 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4443	**Sozialpsychiatrische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und/oder 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, je Patient, je vollendete 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4443 ist je Sitzung bis zu achtmal berechnungsfähig.*	**5,41 €**
4444	**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** *Die Leistung nach Nummer 4444 ist im Kalendermonat einmal berechnungsfähig.*	**31,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

III. Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken 06.03

Allgemeine Bestimmungen

1. **Probatorische Sitzungen können als solche gekennzeichnet werden und sind über die psychotherapeutischen Nummern zu berechnen.**

2. **Sitzungen der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung können als solche gekennzeichnet werden und sind über die psychotherapeutischen Nummern für die Gruppenbehandlungen zu berechnen.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4500	**Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu zweimal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in zwei Sitzungen erbracht.*	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4501 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4502 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**85,00 €**
4503	**Analytische Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4503 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *In Ausnahmefällen bei kurzfristigen Absagen einzelner Gruppenmitglieder ist die Leistung auch bei zwei Teilnehmern berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**135,00 €**
4504	**Analytische Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4504 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4505	**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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 4505 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4506 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4507 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**85,00 €**
4508	**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4508 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *In Ausnahmefällen bei kurzfristigen Absagen einzelner Gruppenmitglieder ist die Leistung auch bei zwei Teilnehmern berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**135,00 €**
4509	**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4509 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4510	**Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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.* *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4510 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**145,00 €**
4511	**Verhaltenstherapie, 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 *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 Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**115,00 €**
4512	**Verhaltenstherapie, 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 *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 Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**85,00 €**
4513	**Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit mindestens 3 bis höchstens 4 Teilnehmern,** Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten *Die Leistung ist je vollendete 50 Minuten bis zu viermal an einem Kalendertag berechnungsfähig und gilt dann als in bis zu vier Sitzungen erbracht.* *In Ausnahmefällen bei kurzfristigen Absagen einzelner Gruppenmitglieder ist die Leistung auch bei zwei Teilnehmern berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**135,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4514	**Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 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 *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 Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**
4515	**Systemische Psychotherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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.*	**145,00 €**
4516	**Systemische Psychotherapie, als Gruppenbehandlung mit mindestens 3 bis höchstens 4 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4516 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**115,00 €**
4517	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4517 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**85,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4518	**Systemische Psychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4518 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *In Ausnahmefällen bei kurzfristigen Absagen einzelner Gruppenmitglieder ist die Leistung auch bei zwei Teilnehmern berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**135,00 €**
4519	**Systemische Psychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4519 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**
4520	**Gesprächspsychotherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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 4520 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**145,00 €**
4521	**Gesprächspsychotherapie, 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4521 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**115,00 €**
4522	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4522 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**85,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4523	**Gesprächspsychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4523 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *In Ausnahmefällen bei kurzfristigen Absagen einzelner Gruppenmitglieder ist die Leistung auch bei zwei Teilnehmern berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**135,00 €**
4524	**Gesprächspsychotherapie, Gruppenbehandlung von Kindern, Jugendlichen und/oder Adoleszenten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4524 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**100,00 €**
4525	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4500, 4501, 4503, 4505, 4506, 4508, 4510, 4511, 4513, 4515, 4518, 4520 oder 4523 für bis zu 10 Sitzungen im Kalenderhalbjahr, je Sitzung** *Der Zuschlag nach Nummer 4525 ist während eines stationären Aufenthaltes nicht berechnungsfähig.*	**20,00 €**
4526	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4502, 4504, 4507, 4509, 4512, 4514, 4517 oder 4522 für bis zu 10 Sitzungen im Kalenderhalbjahr, je Sitzung** *Der Zuschlag nach Nummer 4526 ist während eines stationären Aufenthaltes nicht berechnungsfähig.*	**15,00 €**
4527	**Neuropsychologische Therapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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 4527 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**145,00 €**
4528	**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 *Ist nur eine Einheit erbracht worden, ist die Leistung nach Nummer 4528 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.* *Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**115,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4529	**Hypnotherapie, Einzelbehandlung,** Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten *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 4529 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**145,00 €**
4530	**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 *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 4530 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig.*	**145,00 €**
4531	**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 *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 4531 zur Hälfte des einfachen Gebührensatzes berechnungsfähig. Die Anzahl der Teilnehmer ist in der Rechnung anzugeben.*	**80,00 €**
4532	**Biofeedback zur Diagnostik und/oder Therapie einer neurologischen/psychischen/psychosomatischen Erkrankung durch Rückmeldung apparativ gemessener Körpersignale (Biofeedback, Neurofeedback),** Dauer mindestens 45 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4532 ist je Behandlungsfall bis zu achtmal berechnungsfähig.*	**81,77 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **H**

Gynäkologie und Geburtshilfe

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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, 1223, 1227 oder 1228 sowie die dazugehörenden Zuschläge nicht berechnungsfähig.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4600 kann nur bis zum einschließlich 14. Stimulationstag und im Rahmen eines Versuchs bis zu viermal abgerechnet werden.*	**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. *Ansonsten entspricht die Leistungslegende der Nummer 4600 und ist im Rahmen eines Versuches bis zu viermal über die Maximalanzahl der Nummer 4600 hinaus berechnungsfähig.*	**63,80 €**
4602	**Insemination, unabhängig von der Art der durchgeführten Insemination,** einschließlich - Beratung - transvaginaler Ultraschall - vaginaler Behandlung - Spiegeleinstellung und Desinfektion der Scheide, ggf. einschließlich - Gebärmutterhalsdehnung und Anhaken der Portio - Katheterisierung von Gängen und Fisteln	**174,86 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Punktionstag, ggf. einschließlich - Gebärmutterhalsdehnung und transvaginaler Untersuchung - Punktion des Douglasraumes - zusätzlichem Spülen des Follikels - notwendigem Stillen einer vaginalen Blutung mittels Tamponade *Die Leistung nach Nummer 4603 ist am Tag der Punktion nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4603 ist neben der Leistung nach Nummer 1228, 1322, 4708 oder 4710 nicht berechnungsfähig.*	**270,86 €**
4604	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4603 bei Follikelpunktion mit mehr als 12 gewonnenen Eizellen** *Der Zuschlag ist je Eizelle über die Anzahl 12 hinaus berechnungsfähig.*	**32,59 €**
4605	**In-Vitro-Fertilisation (IVF), evtl. mit ICSI,** einschließlich -Fertilisation der Eizellen durch Hinzufügen der Spermiensuspension 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 *Die Leistung nach Nummer 4605 ist im Rahmen eines Versuchs nur einmal berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**820,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Der Zuschlag nach Nummer 4606 ist bis zu viermal neben der Leistung nach Nummer 4605 berechnungsfähig.*	**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 *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.*	**373,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4609 ist je 2-stündiger Suchzeit berechnungsfähig.*	**205,32 €**
4610	**Spermienpräparation, Aufbereitung,** einschließlich aller notwendigen Kontrollen vor oder nach der Präparation oder Kapazitation, ggf. einschließlich - Dichtegradientenisolierung oder anderer Verfahren - Waschen des Ejakulates *Die Leistung nach Nummer 4610 ist im Rahmen einer Insemination/IVF-Maßnahme unabhängig von der Aufbereitungsart nur einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4611 ist auch bei einem Transfer von mehr als einem Embryo nur einmal berechnungsfähig.*	**175,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4612	**Kryokonservierung oder Vitrifikation von Eizellen, Vorkern-Eizellen, Blastozysten, Spermien, Ejakulat, Ovarien- oder Hodengewebsproben,** einschließlich Vorbereitung und Präparation des Materials *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*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4613 ist im Rahmen eines Versuches pro Kryohalm nur einmal berechnungsfähig.*	**117,50 €**
4614	**Aktive Schlüpfhilfe (Assisted Hatching), unabhängig vom Verfahren (mechanisch, chemisch, lasergestützt),** einschließlich der Kosten für die Anwendung der Laserquelle	**133,36 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 4615 ist unabhängig von der Anzahl der Embryonen und aufgenommenen Fotos nur einmal je Versuch berechnungsfähig.*	**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)** *Die Leistung nach Nummer 4619 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Eizellen im Rahmen eines Versuches nur einmal berechnungsfähig.*	**243,05 €**
4620	**Eröffnung der Schutzhülle der Blastozyste(n) und Zellentnahme im Rahmen einer PID einschließlich aktive Schlüpfhilfe (Assisted Hatching)**	**300,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4621	**Überwachung der Lutealphase,** einschließlich - Schwangerschaftstest - Laboranalytik, ggf. einschließlich - eingehender Beratung - Substitution *Die Leistung nach Nummer 4621 ist bis zum ersten Schwangerschaftstest einmal berechnungsfähig.* *Beratungen ausschließlich zur Lutealphase sind nicht gesondert berechnungsfähig.*	**128,00 €**
4622	**Gebärmutterspülung oder Kulturzusatz mit wachstums- oder einnistungsfördernden Zubereitungen oder Substanzen einmal im Zusammenhang mit Embryotransfer**	**67,87 €**
4623	**Mechanische oder laserassistierte Eröffnung der Schutzhülle der Eizelle(n)/Vorkernstadien und Gewinnung von Zellmaterial im Rahmen der Polkörperdiagnostik (PKD)**	**152,91 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Konservative Gynäkologie und Geburtshilfe 07.02

Allgemeine Bestimmungen

1. **Neben den Leistungen nach Nummer 4718, 4719, 4725, 4727, 4728 oder 4729 sind die Leistungen nach Nummer 1200, 1223, 1227 oder 1228 sowie die dazugehörenden Zuschläge nicht berechnungsfähig.**

2. **Die Leistungen nach Nummer 4759 bis 4766 umfassen alle erforderlichen Eröffnungs- und Verschlussleistungen im Rahmen des fetoskopischen Eingriffs.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
4706	**Differenzialkolposkopie bei pathologischem Befund,** ggf. einschließlich Gewebeentnahme	**51,54 €**
4707	**Gewinnung von Zellmaterial aus dem Cavum uteri und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung** *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.* *Die Leistung nach Nummer 4707 ist unabhängig von der Anzahl der Probeentnahmen nur einmal je Körperstelle und je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4707 ist neben der Leistung nach Nummer 114 nicht berechnungsfähig.*	**22,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4708	**Vaginale Behandlung,** ggf. einschließlich - Ätzung des Gebärmutterhalses - Behandlung von Portioerosionen *Die Leistung nach Nummer 4708 ist neben der Leistung nach Nummer 4600, 4602, 4603 oder 4611 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Uterustamponade zur Blutstillung,** ggf. einschließlich vaginaler Tamponade	**37,80 €**
4712	**Probeexzision(en) aus Portio und Cervix uteri,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Naht	**36,05 €**
4713	**Probeexzision(en) aus Vagina und/oder Vulva und/oder Probestanze von der Vulva,** ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - Naht	**36,05 €**
4714	**Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie	**36,05 €**
4715	**Einlegen oder Wechseln oder Entfernung eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters,** auch zur Lageverbesserung der Gebärmutter	**12,94 €**
4716	**Einlegen und/oder Wechsel eines Intrauterinpessars,** ggf. einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus)	**47,60 €**
4717	**Entfernung eines Intrauterinpessars,** ggf. einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus)	**24,49 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4718	**Zyklus-Monitoring zur Abklärung,** einschließlich - Follikulometrie - Kontrolle des Endometrium(aufbau)s - Ovulationsmonitoring mittels Ultraschall, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4718 ist neben der Leistung nach Nummer 4600 nicht berechnungsfähig.*	**52,22 €**
4719	**Diagnostische Hysteroskopie,** einschließlich Dehnung des inneren Muttermundes (Isthmus), ggf. einschließlich Inspektion der Tubenabgänge	**118,62 €**
4720	**Amnioskopie**	**28,47 €**
4721	**Diagnostische Amniozentese,** einschließlich Fruchtwasserentnahme unter Ultraschallsicht	**68,09 €**
4722	**Chorionzottenbiopsie,** unter Ultraschallsicht	**90,33 €**
4723	**Nabelschnurpunktion (Chordozentese),** unter Ultraschallsicht, ggf. einschließlich Injektion eines Arzneimittels	**90,33 €**
4724	**Diagnostische Embryofetoskopie,** unter Ultraschallsicht	**121,08 €**
4725	**Intraamniale Injektion zur Beendigung der Schwangerschaft,** einschließlich Applikation des wehenfördernden Medikamentes und Ultraschallkontrolle	**128,26 €**
4726	**Therapeutische Amnionpunktion,** ggf. einschließlich Auffüllung	**120,92 €**
4727	**Intrauterine Therapie des Fetus durch Nabelschnurtransfusion,** einschließlich Ultraschallkontrolle, ggf. einschließlich - Nabelschnurpunktion - Injektion von Arzneimitteln - Transfusion von Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten	**184,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4728	**Intrauterine Therapie des Fetus durch Auffüllung oder Austausch von Fruchtwasser,** einschließlich Ultraschallkontrolle, ggf. einschließlich Injektion von Arzneimitteln	**184,59 €**
4729	**Intrauterine Therapie des Fetus durch Anlage von Drainagen,** einschließlich Punktion und Ultraschallkontrolle	**228,77 €**
4730	**Tokographische Untersuchung(en),** je Sitzung	**14,28 €**
4731	**Externe kardiotokographische Untersuchung(en), praepartal,** je Kind *Die Leistung nach Nummer 4731 ist ab einer Dauer von über 60 Minuten zweimal berechnungsfähig.* *Bei zweifacher Berechnung ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**25,17 €**
4732	**Externe kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal,** je Kind, Dauer bis zu 6 Stunden *Die Leistung nach Nummer 4732 ist neben Leistung nach Nummer 4733 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4732 ist neben der Leistung nach Nummer 4731 am selben Kalendertag nicht berechnungsfähig.*	**28,17 €**
4733	**Externe kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal,** je Kind, Dauer mehr als 6 Stunden *Die Leistung nach Nummer 4733 ist neben der Leistung nach Nummer 4732 nicht berechnungsfähig.Die Leistung nach Nummer 4733 ist neben der Leistung nach Nummer 4731 am selben Kalendertag nicht berechnungsfähig.*	**60,00 €**
4734	**Interne kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal,** je Kind, Dauer unter 6 Stunden *Die Leistung nach Nummer 4734 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4735 berechnungsfähig.*	**31,74 €**
4735	**Interne kardiotokographische Dauerüberwachung, subpartal,** je Kind, je vollendete 6 Stunden	**100,86 €**
4736	**Dilatation der Cervix uteri**	**17,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4737	**Amniotomie in Verbindung mit anderen Leistungen,** wie z.B. zur Gewinnung fetalen Blutes oder zum Anlegen einer Kopfschwartenelektrode	**36,74 €**
4738	**Ultraschallassistierte äußere Wendung**	**205,18 €**
4739	**Überwachung und Leitung einer spontanen Geburt** *Die Leistung nach Nummer 4739 ist neben der Leistung nach Nummer 4740 nicht berechnungsfähig.*	**317,73 €**
4740	**Vaginale Entbindung bei Beckenendlage** *Die Leistung nach Nummer 4740 ist neben der Leistung nach Nummer 4739 nicht berechnungsfähig.*	**429,58 €**
4741	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4739 oder 4740 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 €**
4742	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4739 oder 4740 für Mehrlingsgeburt,** je weiteres Neugeborenes	**169,30 €**
4743	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4739 oder 4740 für Zangen- oder Vakuumentbindung**	**112,87 €**
4744	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4739 oder 4740 für innere oder kombinierte Wendung**	**66,14 €**
4745	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4739 oder 4740 für die komplette manuelle Extraktion**	**66,14 €**
4746	**Nicht vollendete vaginale Entbindung**	**96,59 €**
4747	**Schnittentbindung (Sectio caesarea),** ggf. einschließlich - manueller Plazentalösung - Kürettage	**273,07 €**
4748	**Erneute Schnittentbindung (Re-Sectio caesarea),** ggf. einschließlich - manueller Plazentalösung - Kürettage	**319,70 €**
4749	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4747 oder 4748 für Uterusexstirpation**	**404,21 €**
4750	**Manuelle Plazentalösung oder Entfernung von Plazentaresten,** ggf. einschließlich Kürettage	**143,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4751	**Dammschnitt (Episiotomie) mit anschließender Naht**	**61,09 €**
4752	**Operative Korrektur eines Dammrisses 1. bis 2. Grades und/oder eines Scheidenrisses,** ggf. einschließlich Muskelnähten	**61,09 €**
4753	**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 €**
4754	**Rekonstruktion des Gebärmutterhalses post partum,**	**100,15 €**
4755	**Entleerung eines Hämatoms an Vulva, Perineum und paravaginalem Gewebe**	**84,12 €**
4756	**Erstversorgung eines Neugeborenen**	**75,37 €**
4757	**Erstversorgung mit Reanimation eines Neugeborenen**	**146,91 €**
4758	**Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes**	**23,09 €**
4759	**Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballon(s)/Tracheal-Ballonokklusion,** ggf. einschließlich Ultraschallkontrolle	**894,47 €**
4760	**Entfernung eines Trachealballons mittels Fetoskopie,** ggf. einschließlich ultraschallgezielter Punktion und Laseranwendung	**589,76 €**
4761	**Fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen,** ggf. einschließlich Monitoring und Dokumentation	**894,47 €**
4762	**Vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe am Fetus,** z.B. mittels Ballondilatation	**1.205,12 €**
4763	**Ex-utero Intrapartum Treatment-Operation (EXIT-Manöver) beim Fetus mit Kehlkopf- und/oder Luftröhrenverschluss unter Entbindung**	**1.659,74 €**
4764	**Fetoskopische Eröffnung der Harnblase mit vesico-amnialer Shuntanlage**	**894,47 €**
4765	**Fetoskopischer operativer Verschluss/Abdeckung des offenen Rückens,** ggf. einschließlich CO2-Amnion-Insufflation	**1.205,12 €**
4766	**Implantation eines Herzschrittmachers als intrauteriner Eingriff am Feten**	**894,47 €**
4767	**Intrauterine Einlage eines thorako-amnialen Shunts (z.B. beim Pleuraerguss) am Feten**	**491,63 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4768	**Intrauterine Radiofrequenz-Ablation der Nabelschnur**	**491,63 €**
4769	**Intrauterine Laserkoagulation bei Zwillingstransfusionssyndrom (FFTS)**	**577,11 €**
4770	**Intrauterine Eröffnung eines Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses am Feten**	**894,47 €**
4771	**Fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen**	**894,47 €**
4772	**Intrauterine Eröffnung des Foramen ovale**	**1.512,42 €**
4773	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4759, 4760, 4761, 4762, 4763, 4764, 4765, 4766, 4767, 4768, 4769, 4770, 4771 oder 4772 für die intraoperative Fetalblutentnahme**	**90,21 €**
4774	**Intrauterine Erythrozyten-Transfusion (IUT)**	**184,59 €**
4775	**Intrauterine Thrombozyten-Transfusion (IUTT)**	**184,59 €**
4776	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4776, 4777 oder 4778 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4776 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4776 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 4776 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
4777	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4776, 4777 oder 4778 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4777 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4777 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 4777 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4778	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4776, 4777 oder 4778 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 4778 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4778 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 4778 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **I**

Leistungen der konservativen Augenheilkunde

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Leistungen der konservativen Augenheilkunde 08.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4800	**Objektive Refraktionsbestimmung,** z.B. mittels Anwendung eines Refraktometers oder Skiaskops *Die Leistung nach Nummer 4800 ist bei Messung bei spielender Pupille und bei erweiterter Pupille zweimal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4806 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**48,18 €**
4807	**Prüfung auf Sitz und Funktion von Kontaktlinse(n),** einschließlich der Leistung nach Nummer 4830 *Die Leistung nach Nummer 4807 ist neben der Leistung nach Nummer 4806 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4811	**Untersuchung der Zyklotropie,** z.B. mittels Laser-Scanning-Ophthalmoskopie (LSO) und/oder mittels haploskopischer Verfahren	**17,44 €**
4812	**Differenzierende Analyse und Dokumentation des Bewegungsablaufs beider Augen bei Verdacht auf oder bestehenden Augenmuskel-/Augenbewegungsstörungen,** mindestens 9 Blickrichtungen, je Auge	**28,60 €**
4813	**Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskel-/Augenbewegungsstörungen,** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Die Leistung nach Nummer 4829 ist bei der Untersuchung der Tränensekretionsmenge und der Tränenfilmaufreißzeit in derselben Sitzung zweimal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Die Leistung nach Nummer 4841 ist einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4841 ist neben der Leistung nach Nummer 4842 nicht berechnungsfähig.*	**16,51 €**
4842	**Tonometrische Untersuchung, mindestens vier Messungen, auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflusswiderstandes** *Die Leistung nach Nummer 4842 ist einmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 4842 ist neben der Leistung nach Nummer 4841 nicht berechnungsfähig.*	**30,25 €**
4843	**Rechnergestützte Tomographie und/oder sonographische Untersuchung der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte,** ggf. einschließlich Farbkodierung *Bei mehrfacher Berechnung pro Tag ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**38,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
4846	**Lokalisation einer oder mehrerer Netzhautveränderungen, als selbständige Leistung,** als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	**47,34 €**
4847	**Fluoreszenzangiographische Untersuchung des Augenhintergrundes,** einschließlich Applikation des Teststoffes *Die Leistung nach Nummer 4847 ist bei Durchführung einer Fluoreszein-Angiographie und einer Indocyaningrün-Angiographie in der gleichen Sitzung zweimal berechnungsfähig.*	**60,24 €**
4848	**Biomorphometrische Untersuchung des Augenhintergrundes,** mittels Heidelberg Retina Tomograph (HRT), Nervenfaseranalysegerät (GDx) oder Laser-Scanning-Opthalmoskopie (LSO), ggf. einschließlich Farbkodierung *Die Leistung nach Nummer 4848 ist neben der Leistung nach Nummer 4849 nicht berechnungsfähig.* *Bei mehrfacher Berechnung pro Tag ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**33,90 €**
4849	**Rechnergestützte Tomographie des Augenhintergrundes mittels Frequency Domain-Optical Coherence Tomography (FD-OCT),** ggf. einschließlich Farbkodierung *Die Leistung nach Nummer 4849 ist neben der Leistung nach Nummer 4848 nicht berechnungsfähig.*	**84,32 €**
4850	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4849 für Angio-Optical Coherence Tomography (Angio-OCT)**	**32,21 €**
4851	**Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße,** ggf. einschließlich Farbkodierung, z.B. Heidelberg Retinal Flowmeter (HRF)	**53,90 €**
4852	**Autofluoreszenzuntersuchung des Augenhintergrundes,** einschließlich Photodokumentation	**31,48 €**
4853	**Lokalisation eines intraokularen oder intraorbitalen Fremdkörpers,** z.B. mittels Comberg-Schale, je Auge	**28,76 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4854	**Kontaktglasdynamometrie** *Die Leistung nach Nummer 4854 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**28,53 €**
4855	**Orthoptische und/oder pleoptische Übungen,** je vollendete 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4855 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**14,69 €**
4856	**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 €**
4857	**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 €**
4858	**Subkonjunktivale therapeutische Injektion, als selbständige Leistung,** je Auge	**13,44 €**
4859	**Therapeutische Injektion para-/retrobulbär oder sub-tenonal** *Die Leistung nach Nummer 4859 ist neben der Leistung nach Nummer 4858 nicht berechnungsfähig.*	**36,74 €**
4860	**Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung) mit Behandlungsplan,** einschließlich Infusion des Photosensibilisators, je Auge	**94,53 €**
4861	**Diasklerale Durchleuchtung, als selbständige Leistung**	**22,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4862	**Analyse der Lipidsekretion der Meibomdrüsen** *Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Leistung nach Nummer 4862 ist in der Rechnung anzugeben.*	**6,88 €**
4863	**Thermodynamische Therapie der Meibomdrüsen-Dysfunktion** *Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Leistung nach Nummer 4863 ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 €**
4866	**Postoperative Betreuung, Führung und Schulung eines Patienten nach Implantation einer intraokularen Sonderlinse mit Zusatzfunktion** *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.*	**43,28 €**
4867	**Postoperative Messung der Achslage einer torischen intraokularen Sonderlinse** *Die Leistung nach Nummer 4867 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10370 nicht berechnungsfähig.*	**35,16 €**
4868	**Wellenfront-Analyse des gesamten Abbildungsapparates des Auges zur Ermittlung der Abbildungsfehler höherer Ordnung**	**71,41 €**
4869	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4869, 4870 oder 4871 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.*	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4870	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4869, 4870 oder 4871 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 4870 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 4870 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
4871	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 4869, 4870 oder 4871 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 4871 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 4871 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 4871 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **J**

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie 09.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 40 Minuten 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 40 Minuten**	**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 oder auditiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung** *Die Leistung nach Nummer 4902 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**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	**20,00 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.*	**40,53 €**
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** *Der Zuschlag nach Nummer 4908 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5016, 5017 oder 5018 nicht berechnungsfähig.*	**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 Schwellengehörs (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** *Der Zuschlag nach Nummer 4913 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4912, 5016, 5017 oder 5018 nicht berechnungsfähig.*	**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) *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.*	**43,36 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 4911, 4914 oder 4920 für die Sprachaudiometrie unter Störgeräusch** *Bei Anpassung von Hörgeräten ist der Zuschlag nach Nummer 4921 bis zu zweimal je zuschlagsfähiger Hauptleistung berechnungsfähig.*	**35,49 €**
4922	**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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4928	**Audioelektroenzephalographische Untersuchung ohne medikamentöse Schlafauslösung, z.B. Brainstem Electrical Response Audiometry (BERA), Cortical Evoked Response Audiometry (CERA), Notched-Noise-BERA,** ein- oder beidseitig *Die Leistung nach Nummer 4928 ist je Kalendertag bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**96,32 €**
4929	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4928 für die medikamentöse Schlafauslösung durch den untersuchenden Arzt**	**76,92 €**
4930	**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 €**
4931	**Audioelektroenzephalographische Untersuchung mittels Brainstem Electrical Response Audiometry (BERA) bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr (z.B. Neugeborenenscreening) ohne Schlafauslösung,** ein- oder beidseitig, auch in mehreren Sitzungen, je Kalendertag	**80,00 €**
4932	**Messung von Distorsionsprodukten otoakustischer Emissionen (DPOAE) oder transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE),** ein- oder beidseitig	**43,00 €**
4933	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4932 für die Abschätzung der Hörschwelle durch Bestimmung der Wachstumsfunktion der DPOAE**	**9,70 €**
4934	**Elektrocochleographie,** ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringen von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Gehörgangsreinigung - Gazestreifen - Einbringen der Ableitelektrode	**166,99 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4935	**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 €**
4936	**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 €**
4937	**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 Kopfimpulstest	**21,60 €**
4938	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4937 für die Durchführung einer kalorischen Prüfung,** ein- oder beidseitig	**33,50 €**
4939	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4937 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4940	**Videokopfimpulstest mit Hochfrequenzvideookulographie, computertechnische Analyse des vestibulo-okulären Reflexes (Horizontaler VOR), beiderseitige Durchführung, einschließlich Auswertung und Dokumentation,** ggf. einschließlich - Blickfolge-Test (ETT) - Bestimmung der subjektiv haptischen Vertikalen (SHV), je Sitzung	**49,00 €**
4941	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4939 oder 4940 für den Drehstuhltest**	**26,91 €**
4942	**Untersuchung der Stand-Gang-Körperstabilität mittels posturographischer Verfahren oder Therapie einer Stand-Gang-Körperinstabilität mittels posturographisch kontrollierter Therapieverfahren,** je Sitzung	**53,68 €**
4943	**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 *Die Leistung nach Nummer 4943 ist entweder als alleinige Leistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 4944 berechnungsfähig.*	**8,88 €**
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, je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4944 ist je Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*	**26,24 €**
4945	**Ableitung vestibulär evozierter myogener Potentiale ein- oder beidseitig,** einschließlich der Reizung	**68,79 €**
4946	**Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle einer Seite zwecks diagnostischer Abklärung** *Die Leistung nach Nummer 4946 ist für dasselbe Ohr neben der Leistung nach Nummer 4994, 4995, 4997, 4998, 5001, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030, 9033, 9034, 9044, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.* *Die untersuchte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,06 €**
4947	**Rhinomanometrische Untersuchung, auch mit Abschwellen,** ein- oder beidseitig	**17,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4948	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4947 für die Einbringung von Medikamenten bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr,** einschließlich erneuter rhinomanometrischer Untersuchung *Der Zuschlag nach Nummer 4948 ist bis zu viermal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 4948 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4949, 5016, 5017 oder 5018 nicht berechnungsfähig.*	**8,38 €**
4949	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4947 für die Einbringung von Medikamenten,** einschließlich erneuter rhinomanometrischer Untersuchung *Der Zuschlag nach Nummer 4949 ist bis zu viermal je Kalendertag berechnungsfähig.*	**7,16 €**
4950	**Akustische Rhinometrie**	**25,37 €**
4951	**Absaugen der Nase und/oder Nebenhöhlen, als selbständige Leistung,** je Sitzung	**14,58 €**
4952	**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 *Die Leistung nach Nummer 4952 ist neben der Leistung nach Nummer 4960, 9052, 9054, 9055, 9056, 9058, 9062, 9063, 9064, 9065, 9069, 9070, 9071 oder 9072 nicht berechnungsfähig.*	**36,93 €**
4953	**Endoskopische Gewinnung von zytologischem Material/Sekreten im nasalen oder sinunasalen Bereich, als selbständige Leistung** *Die Leistung ist berechnungsfähig im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Verdacht auf chronisch-entzündliche Schleimhauterkrankungen zur Endotypklassifizierung der chronischen Rhinosinusitis.*	**41,37 €**
4954	**Ausstopfung der Nase von vorn, auch Einbringung von einer oder mehrerer Tamponaden** *Die Leistung nach Nummer 4954 ist neben der Leistung nach Nummer 4956, 4957, 4959, 4960, 4961, 9054, 9062, 9063, 9072, 9075, 9078, 9079, 9082, 9087, 9090, 9096 oder 9100 nicht berechnungsfähig.*	**19,94 €**
4955	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4954 für die Bellocq-Tamponade**	**50,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4956	**Entfernung von Fremdkörpern oder intranasalen Schienen und/oder Nasentamponaden aus dem Naseninnern,** ggf. einschließlich - Tamponade - abschwellender Nasentropfen, ein- oder beidseitig *Die Leistung nach Nummer 4956 ist neben der Leistung nach Nummer 4954, 4957, 4959, 4960, 4961, 9054, 9062, 9063, 9072, 9075, 9078, 9079, 9082, 9087, 9090, 9096 oder 9100 nicht berechnungsfähig.*	**33,33 €**
4957	**Kauterisation und/oder Ätzung im Naseninnern, auch zur Stillung von Nasenbluten,** ggf. einschließlich - Tamponade - Abschwellen der Nase, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 4957 ist neben der Leistung nach Nummer 4954, 4956, 4959, 4960, 4961, 9054, 9062, 9063, 9072, 9075, 9078, 9079, 9082, 9087, 9090, 9096 oder 9100 nicht berechnungsfähig.*	**33,33 €**
4958	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4957 für die Anwendung eines Lasers**	**19,89 €**
4959	**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 *Die Leistung nach Nummer 4959 ist neben der Leistung nach Nummer 4954, 4956, 4957, 4960, 9054, 9062, 9063, 9072, 9075, 9078, 9079, 9082, 9087, 9090, 9096 oder 9100 nicht berechnungsfähig.*	**27,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4960	**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 *Die Leistung nach Nummer 4960 ist neben der Leistung nach Nummer 4952, 4954, 4956, 4957, 4959, 9078, 9087 oder 9091 nicht berechnungsfähig.*	**49,41 €**
4961	**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 *Die Leistung nach Nummer 4961 ist neben der Leistung nach Nummer 4954, 4956, 4957, 9082, 9085 oder 9087 nicht berechnungsfähig.*	**41,37 €**
4962	**Ausspülung der Kiefer-, Keilbein- und/oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Instillation von Arzneimitteln	**14,58 €**
4963	**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 €**
4964	**Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung bzw. Saugung), als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie	**33,33 €**
4965	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4966	**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 *Die Leistung nach Nummer 4966 ist neben der Leistung nach Nummer 9126, 9127, 9128, 9129, 9133, 9139, 9142, 9143, 9144, 9146 oder 9147 nicht berechnungsfähig.* *Bei Ansatz der Nummer 4966 neben der Nummer 3203 ist die medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**33,48 €**
4967	**Einführen und/oder Wechsel oder Entfernung einer Trachealkanüle oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf,** ggf. einschließlich Lokalanästhesie *Die Leistung nach Nummer 4967 ist neben der Leistungen nach Nummer 9157 oder 9159 nicht berechnungsfähig.*	**44,05 €**
4968	**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 *Die Leistung nach Nummer 4968 ist neben bronchoskopischen Leistungen nicht berechnungsfähig.*	**81,55 €**
4969	**Endotracheale Behandlung,** ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Lokalanästhesie	**41,27 €**
4970	**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 25 Minuten *Die Leistung nach Nummer 4970 ist neben der Leistung nach Nummer 4005 nicht berechnungsfähig.*	**41,63 €**
4971	**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 *Die Leistung nach Nummer 4971 ist neben der Leistung nach Nummer 4005 nicht berechnungsfähig.*	**41,63 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4972	**Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren** (z.B. Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmeinsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfanges, der Sprechstimmlage), Dauer mindestens 15 Minuten	**38,91 €**
4973	**Stimmbelastungstest unter Messung der Stimmstärke fortlaufenden Sprechens mittels Schallpegelmessung unter definierten Pegelanforderungen über mindestens 15 Minuten**	**29,48 €**
4974	**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 €**
4975	**Schallspektrographische Untersuchung der Stimme mit Bestimmung des Leistungsdichtespektrums, der Grundfrequenz und der Formantenstrukturen**	**52,72 €**
4976	**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 €**
4977	**Palatographie bei myofunktionellen Störungen und/oder Gebissanomalien,** ggf. einschließlich Messung z.B. der Lippen- und Zungenkraft	**37,48 €**
4978	**Tagesdosimetrie des Stimmgebrauches,** z.B. Akzelerometer	**65,63 €**
4979	**Pneumotachographie (Glottal-Flow-Messung) zur Bestimmung der Effektivität der Phonation**	**31,63 €**
4980	**Fiberoptische transnasale endoskopische Untersuchung des Larynx, Meso- und Hypopharynx sowie der supraglottischen Strukturen,** einschließlich - Lokalanästhesie - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase	**75,96 €**
4981	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4966 oder 4980 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** *Der Zuschlag nach Nummer 4981 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5016, 5017 oder 5018 nicht berechnungsfähig.*	**48,78 €**
4982	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4966 oder 4980 für die stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen mittels Laryngoskop,** ggf. einschließlich Videodokumentation	**50,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4983	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4966 oder 4980 für digitales Videolaryngostroboskopie-Post-Processing,** einschließlich EDV-gestützter Einzelbildanalyse des monoskopisch erfassten Schwingungsablaufs der Stimmlippen mit Beurteilung von Perioden, Phasen, Amplituden, Regularität, Randkanten und Glottisschluss bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen	**50,23 €**
4984	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4966 oder 4980 für stroboskopische Verfahren mit dreidimensionaler Visualisierung, Dokumentation und digitalem Post-Processing,** einschließlich EDV-gestützter Einzelbildanalyse des stereoskopisch erfassten Schwingungsablaufs der Stimmlippen mit Beurteilung von Perioden, Phasen, Amplituden, Regularität, Randkanten und Glottisschluss bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen *Der Zuschlag nach Nummer 4984 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 4983 nicht berechnungsfähig.*	**80,00 €**
4985	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4966 oder 4980 für endoskopische Verfahren mit optischer Kontrastverstärkung (z.B. Narrow Band Imaging [NBI], Professional Image Enhancement Technology [PIET], Blaulicht-, Schwarzlicht- oder Chromoendoskopie),** je Sitzung *Mit der Gebühr sind die Kosten für alle oberflächlich applizierten Substanzen abgegolten.*	**36,76 €**
4986	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 4980 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 €**
4987	**Elektroglottographische 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 Larynxelevation während der Phonation**	**16,68 €**
4989	**Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 4994 ist für dasselbe Ohr ist neben der Leistung nach Nummer 4946, 9000, 9017, 9022, 9023, 9030, 9033, 9044, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.* *Die behandelte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**22,62 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 4995 ist für dasselbe Ohr neben der Leistung nach Nummer 4946 oder 4996 nicht berechnungsfähig.* *Die behandelte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**41,37 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
4996	**Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen,** ggf. einschließlich Einbringung von Arzneimitteln, einseitig *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.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4997 ist für dasselbe Ohr neben der Leistung nach Nummer 4946, 4996, 9013, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030 oder 9033 nicht berechnungsfähig.* *Die behandelte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 4998 ist für dasselbe Ohr neben der Leistung nach Nummer 4946, 4996, 9013, 9014, 9016, 9017, 9018, 9020, 9021, 9022, 9023, 9030, 9033, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.* *Fremdkörper im Sinne der Leistungsbeschreibung sind nur von außen in das Ohr gelangte Objekte, nicht z.B. Ohrschmalz oder Ohrschmalzpfropfen.* *Die behandelte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**26,24 €**
4999	**Inzision des Trommelfells (Parazentese) einer Seite,** ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung	**31,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 5001 ist für dasselbe Ohr neben der Leistung nach Nummer 4946, 4996, 9000, 9014, 9016, 9018, 9022, 9023, 9030, 9033, 9042, 9047 oder 9049 nicht berechnungsfähig.* *Die behandelte Seite ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 Ballonbougierung 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5004	**Alloplastische Abdeckung einer Trommelfellruptur,** ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Lokalanästhesie - Ohrschmalzentfernung - Ohrreinigung - Gazestreifen/Verband - gezielter chemischer Ätzung - Verband *Die Leistung nach Nummer 5004 ist neben der Leistung nach Nummer 9020, 9022, 9023 oder 9030 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5012	**Hyperbare Sauerstofftherapie bei einem nicht-intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten, mit bis zu 120 Minuten Aufenthalt in der Druckkammer mit einem Therapiedruck von mindestens 2.0 ATA,** einschließlich - Kontrolle von Temperatur, Druck und Sauerstoffkonzentration der Kammeratmosphäre - Dokumentation der erhobenen Parameter - Videoüberwachung, ggf. einschließlich - Überwachung von EKG, Blutdruck und Sauerstoffpartialdruck während der Behandlung - Lungenfunktionsprüfungen, Belastungs-EKG, Blutgasanalyse, Audiometrie und/oder neuropsychologische Testverfahren - Anlage eines venösen Zugangs, Anlage einer Infusion - otoskopischer Kontrolluntersuchungen - neurologischer Kontrolluntersuchungen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung	**320,00 €**
5013	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5012 für die Hyperbare Sauerstofftherapie bei Aufenthalten in der Druckkammer von mehr als 120 Minuten bis 180 Minuten,** Dauer bis zu 60 Minuten	**114,13 €**
5014	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5012 für die Hyperbare Sauerstofftherapie bei Aufenthalten in der Druckkammer von mehr als 180 Minuten,** je vollendete 60 Minuten	**150,00 €**
5015	**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 €**
5016	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5016, 5017 oder 5018 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5016 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5016 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5017	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5016, 5017 oder 5018 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5017 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5017 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**
5018	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5016, 5017 oder 5018 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5018 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 5018 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 5018 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **K**

Leistungen der konservativen Urologie

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Leistungen der konservativen Urologie 10.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5100	**Harnblasendruckmessung (Urodynamik) unter fortlaufender Registrierung,** ggf. einschließlich - physikalischer Provokatiostests - Beckenboden-EMG	**98,87 €**
5101	**Harnblasendruckmessung (Urodynamik) und Abdominaldruckmessung unter fortlaufender Registrierung,** ggf. einschließlich - physikalischer Provokationstests - Beckenboden-EMG	**164,39 €**
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	**Harnblasen- und Abdominaldruckmessung unter fortlaufender Registrierung,** einschließlich Durchleuchtungen des Harntraktes in verschiedenen Funktionszuständen (Video-Urodynamik), ggf. einschließlich - physikalischer Provokationstests - Beckenboden-EMG	**385,54 €**
5104	**Uroflowmetrie (Messung des Harnstrahlvolumens pro Zeiteinheit) unter fortlaufender Registrierung**	**41,78 €**
5105	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5104 für Beckenboden-EMG**	**49,66 €**
5106	**Nierenbeckendruckmessung,** einschließlich hydrostatischer und/oder dynamischer Messung	**44,55 €**
5107	**Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln, z.B. bei Cortisoninstillation nach Strikturbehandlung, als selbständige Leistung**	**14,91 €**
5108	**Dehnung oder Kalibrierung der Harnröhre eines Mannes,** ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln, als selbständige Leistung, je Sitzung	**28,35 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5109	**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 €**
5110	**Legen eines transurethralen Harnblasenkatheters beim Mann oder beim Jungen,** ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln und/oder Ausspülen von Blutkoagula	**24,97 €**
5111	**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 €**
5112	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5110 oder 5111 für das Einbringen von Zytostatika oder Immuntherapeutika**	**25,32 €**
5113	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5110 oder 5111 für wirkungsverstärkende Therapie (EMDA, RITE, HIVEC)**	**75,89 €**
5114	**Entfernung eines Harnblasenkatheters, als selbständige Leistung**	**7,64 €**
5115	**Wechsel eines Nierenfistelkatheters, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln - Dehnung - Verband	**52,71 €**
5116	**Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln - Dehnung - Verband	**38,82 €**
5117	**Spülung der Harnblase und/oder Instillation von Arzneimitteln bei liegendem Verweilkatheter, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Ausspülen von Blutkoagula	**10,89 €**
5118	**Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie der Niere oder des Harnleiters,** einschließlich - Probeortung - Grob- und/oder Feineinstellung - Röntgenkontrolle, je Sitzung	**749,91 €**
5119	**Behandlung der Prostata zur Gewinnung von Prostata-Exprimat und Exprimat-Urin**	**6,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5120	**Manuelle Detorquierung einer Hodentorsion,** je Seite	**29,46 €**
5121	**Manuelle Reposition einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung**	**21,19 €**
5122	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5122, 5123 oder 5124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5122 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5122 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**15,00 €**
5123	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5122, 5123 oder 5124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5123 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5123 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**25,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5124	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5122, 5123 oder 5124 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *Der Zuschlag nach Nummer 5124 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 5124 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 5124 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **L**

Chirurgie

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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,
   - 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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 Nummer 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 cm^2, groß entspricht größer als 4 cm^2.
   3. Volumen: klein entspricht bis 1 cm^3, groß entspricht größer als 1 cm^3.
   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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

8. **Bei Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzien (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 (bei Kindern und Jugendlichen > 97. geschlechtsspezifische Perzentile des BMI) 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, ist ab der zweiten Hauptleistung nur die 0,9fache Gebühr zu berechnen.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Zuschläge für ambulantes 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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.*	**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** *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.*	**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** *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.*	**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** *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.*	**191,75 €**
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** *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.*	**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** *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.*	**295,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Zuschläge für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr 11.002

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5503 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5504 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.*	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Kapitels.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 5505 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.*	**70,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 Lymphknotendissektion 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 Nummern 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Der Zuschlag nach Nummer 5500 ist neben der Leistung nach Nummer 5506 oder 5507 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.*	**24,02 €**
5506	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 5506 ist neben der Leistung nach Nummer 5500 oder 5507 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.*	**66,02 €**
5507	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 5507 ist neben der Leistung nach Nummer 5500 oder 5506 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.*	**162,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Exzisionen/Inzisionen 11.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom),** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - Nachexzisionen in derselben Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang *Die Leistung nach Nummer 5602 ist neben der Leistung nach Nummer 7790, 7791, 7792, 7793, 7794, 7795, 7796 oder 7797 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Gebiete oder unterschiedliche Diagnosen behandelt werden.*	**54,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5603	**Exzision eines großen subkutanen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom),** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - Nachexzisionen in derselben Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang *Die Leistung nach Nummer 5603 ist neben der Leistung nach Nummer 7790, 7791, 7792, 7793, 7794, 7795, 7796 oder 7797 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Gebiete oder unterschiedliche Diagnosen behandelt werden.*	**90,16 €**
5604	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5603 für Exzision eines histologisch nachgewiesenen kavernösen Hämangioms, Lymphangioms, Neurofibroms,** ggf. einschließlich Präparation von Nerven, Blut- und/oder Lymphgefäßen *Der Zuschlag nach Nummer 5604 ist je Zugang einmal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5607	**Exzision eines kleinen subfaszialen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom),** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang *Die Leistung nach Nummer 5607 ist neben der Leistung nach Nummer 7790, 7791, 7792, 7793, 7794, 7795, 7796 oder 7797 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.*	**82,41 €**
5608	**Exzision eines großen subfaszialen Prozesses (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom),** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang *Die Leistung nach Nummer 5608 ist neben der Leistung nach Nummer 7790, 7791, 7792, 7793, 7794, 7795, 7796 oder 7797 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.*	**110,49 €**
5609	**Resektion eines großen schichtübergreifenden Weichteilprozesses (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom),** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - Nachexzisionen in gleicher Sitzung - Wundrandmobilisierung - Wundverschluss - Pflaster und/oder Verbänden - Exzision auch mehrerer Prozesse über einen Zugang *Die Leistung nach Nummer 5609 ist neben der Leistung nach Nummer 7790, 7791, 7792, 7793, 7794, 7795, 7796 oder 7797 nicht berechnungsfähig. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn unterschiedliche operative Zielgebiete behandelt werden oder unterschiedliche Diagnosen vorliegen.*	**364,11 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5610	**Kompartmentresektion, total oder subtotal,** ggf. einschließlich - Exzision von Fasziengewebe - 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 5607, 5608, 5609 oder 5610 für Arteriolyse oder Neurolyse**	**145,16 €**
5612	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5610 für die kompartmentübergreifende Resektion**	**193,17 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Blasenabtragung 11.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen, je Lokalisation *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,22 €**
5701	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5700 für jede weiteren 25 cm²** *Die Fläche über 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**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, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,22 €**
5703	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5702 für jede weiteren 100 cm²** *Die Fläche über 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**18,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Brandwunden 11.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen,je Lokalisation *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**91,72 €**
5801	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5800 für jede weiteren 25 cm²** *Die Fläche größer 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen, je Lokalisation *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**96,35 €**
5803	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 für jede weiteren 100 cm²** *Die Fläche über 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Hinweis auf zu in Frage kommende Impfungen, je Lokalisation *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**285,17 €**
5806	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5805 für jede weiteren 25 cm²** *Die Fläche größer 25 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**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, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen, je Lokalisation *Die Lokalisation ist in der Rechnung anzugeben.*	**209,83 €**
5808	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5807 für jede weiteren 100 cm²** *Die Fläche größer 100 cm² und die Lokalisation sind in der Rechnung anzugeben.*	**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, Matrizes und mikroporöse Wundauflagen) - temporärer Deckung mit homologem, heterologem oder alloplastischem Hautersatz	**284,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Wundversorgung 11.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen	**18,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen	**50,58 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
5912	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5911 für jede weiteren 25 cm²**	**11,36 €**
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 - Hinweis auf in Frage kommende 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 - Hinweis auf in Frage kommende Impfungen	**269,97 €**
5915	**Neuanlage einer Vakuumversiegelung bzw. Systemen zur Unterdruckwundbehandlung,** ggf. einschließlich - Wundversorgung - Instruktion des Patienten - Einstellung der Pumpe - Kontrolle der Pumpenfunktion	**139,94 €**
5916	**Wechsel einer Vakuumversiegelung bzw. von Systemen zur Unterdruckwundbehandlung,** ggf. einschließlich - Wundversorgung - Kontrolle der Pumpenfunktion	**102,45 €**
5917	**Plasmatherapie einer Wunde,** ggf. einschließlich Neuanlage eines Verbands *Kosten für die Sonde bzw. anderes Einmalmaterial sind über § 10 berechnungsfähig.*	**13,43 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Lokale Lappenplastiken 11.01.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6001 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6002 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**338,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6003 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6004 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6005 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**283,46 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6006 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6007 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6008 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**283,46 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6009 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6010 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6011 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**411,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6012 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**570,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Transplantation 11.01.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6104	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6103 für jede weiteren 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	**90,69 €**
6105	**Spalthauttransplantation, bis zu 100 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), an allen anderen Körperregionen,** ggf. einschließlich - Transplantatvorbereitung und Transplantathebung mit einem Dermatom - 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 *Die Leistung nach Nummer 6105 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**380,73 €**
6106	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6105 für jede weiteren 100 cm² (an der Entnahmestelle gemessen), an allen anderen Körperregionen** *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6107 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**105,06 €**
6108	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6107 für jede weiteren 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen)** *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**43,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6109 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**156,23 €**
6110	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6109 für jede weiteren 4 cm² (an der Entnahmestelle gemessen)** *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6112 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6114 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**111,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6115	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6114 für jede weiteren 25 cm²** *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**51,29 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 6116 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**79,85 €**
6117	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6116 für jede weiteren 100 cm²** *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**38,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Tätowierung/Pigmentierung 11.01.07

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6200 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 6200 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7419 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 6201 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7419 nicht berechnungsfähig.* *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**44,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Entfernung Nahtmaterial 11.01.08

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Gefäßentnahme 11.01.09

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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) *Die Leistung nach Nummer 6400 ist neben den Leistungen aus dem Abschnitt L XII oder anderen Leistungen, die die Gefäßtransplantation bereits enthalten, nicht berechnungsfähig.*	**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) *Die Leistung nach Nummer 6401 ist neben den Leistungen aus dem Abschnitt L XII oder anderen Leistungen, die die Gefäßtransplantation bereits enthalten, nicht berechnungsfähig.*	**181,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Transplantatentnahme/Hebung 11.01.10

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Gesamtfläche ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6511 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**Implantation 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**Implantation 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6529	**Implantation 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 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 €**
6531	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6513, 6514, 6515, 6516, 6518, 6519, 6520, 6521, 6522, 6523, 6524, 6525, 6526, 6527 oder 6529 für Transplantation als funktioneller Muskelersatz,** einschließlich Anschluss an Sehnen *Der Zuschlag nach Nummer 6531 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**290,65 €**
6532	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6518, 6523 oder 6529 für jeden weiteren Gewebeanteil (z.B. Knochen, Lymphknoten),** je Gewebeanteil	**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 *Die Leistung nach Nummer 6533 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 6533 ist neben der Leistung nach Nummer 7674, 7675, 7676, 7677, 7678, 7679, 7680 oder 7681 nicht berechnungsfähig.*	**583,53 €**
6534	**Einbringen eines gefäßgestielten Knochenlappens, einschließlich Weichteile und ggf. Haut,** ggf. einschließlich - Aufbereiten des Transplantates - (plastischem) Verschluss des Hebedefektes mit ortsständigem Gewebe *Die Leistung nach Nummer 6534 ist neben der Leistung nach Nummer 7674, 7675, 7676, 7677, 7678, 7679, 7680 oder 7681 nicht berechnungsfähig.*	**347,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 6535 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 6535 ist neben der Leistung nach Nummer 7674, 7675, 7676, 7677, 7678, 7679, 7680 oder 7681 nicht berechnungsfähig.*	**728,86 €**
6536	**Einbringen eines freien mikrovaskulären Knochenlappens einschließlich Weichteile und ggf. Haut,** einschließlich Darstellung der Empfängergefäße - Naht Arterie - Naht Vene - Einnähen des Lappens *Die Leistung nach Nummer 6536 ist neben der Leistung nach Nummer 7674, 7675, 7676, 7677, 7678, 7679, 7680 oder 7681 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6537 ist je Hebelokalisation einmal berechnungsfähig.*	**946,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 6540 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**292,88 €**
6541	**Zuschlag für Zustand nach Radiatio im Lappenspender oder Empfängerareal**	**182,13 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Einbringen Fernlappen 11.01.11

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Dermolipektomie/Liposuktion 11.01.12

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**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,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands je Arm	**469,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6706	**Dermolipektomie, Rücken,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders *Die Leistung nach Nummer 6706 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6707 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**858,70 €**
6708	**Zirkuläre Dermolipektomie am Stamm, ohne Versetzung des Nabels,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders *Die Leistung nach Nummer 6708 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 6709 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 6710 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**154,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6711	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6700, 6707 oder 6708 für Scarpalift,** ggf. einschließlich partieller Resektion des Schamhügels *Der Zuschlag nach Nummer 6711 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**211,55 €**
6712	**Zirkuläre Dermolipektomie am Thorax,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders *Die Leistung nach Nummer 6712 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**1.387,64 €**
6713	**Dermolipektomie, Schamhügel,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders *Die Leistung nach Nummer 6713 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**306,22 €**
6714	**Dermolipektomie, Schamhügel mit zusätzlich vertikaler Resektion,** ggf. einschließlich - plastischem Verschluss aller Wunden - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders *Die Leistung nach Nummer 6714 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**427,65 €**
6715	**Liposuktion in den Bereichen Oberarm (ggf. einschließlich Ellenbogen), Unterarm, Unterschenkel oder sonstige Regionen (bei Extremitäten: je erste Körperseite),** ggf. einschließlich - physikalischer und/oder medikamentöser Lipolyse - subkutaner Injektionen - Infiltrationen und/oder Infusionen - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders	**747,91 €**
6716	**Liposuktion in den Bereichen Bauch, Rücken, Gesäß oder Oberschenkel, ggf. einschließlich Knie (bei Extremitäten: je erste Körperseite),** ggf. einschließlich - physikalischer und/oder medikamentöser Lipolyse - subkutaner Injektionen - Infiltrationen und/oder Infusionen - Anlegen eines Kompressionsverbands und/oder eines Kompressionsmieders	**944,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6717	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6715 oder 6716 für einen Simultaneingriff auf der jeweils gegenüberliegenden zweiten Körperseite oder zu der Leistung nach Nummer 6716 bei einer OP-Dauer von mehr als 120 Minuten im Bereich des ersten Oberschenkels (ggf. einschl. Knie),** je vollendete 15 Minuten *Der Zuschlag nach Nummer 6717 ist bei einem Simultaneingriff neben der Leistung nach Nummer 6715 höchstens sechsmal und neben der Leistung nach Nummer 6716 höchstens achtmal berechnungsfähig.*	**93,57 €**
6718	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6715 oder 6716 für den Einsatz aufwendiger Liposuktions-Technik (z.B. WAL, UAL, VAL),** ggf. einschließlich - Einsatz von Laser - Ultraschall - Vibration - Wasserstrahl	**72,93 €**
6719	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6715 oder 6716 für Tumeszenzanästhesie**	**396,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Fettgewebstransplantation 11.01.13

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Facelift/Implantation alloplastisch 11.01.14

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6900	**Teil-Facelifting: Mittelgesichtslift je Seite, Stirn und andere Regionen beidseitig,** ggf. einschließlich - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Lipektomie - Eingriffen an der Muskulatur - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Die Leistung nach Nummer 6900 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 6900 ist neben der Leistung nach der Nummer 6901 nicht berechnungsfähig.*	**757,08 €**
6901	**Vollständiges Facelifting, Gesicht und Hals, je Seite,** ggf. einschließlich - Entfernen und/oder Einbringen von Implantaten - Lipektomie - Eingriffen an der Muskulatur - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Die Leistung nach Nummer 6901 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**1.263,68 €**
6902	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Platysmaplastik (Hals),** ggf. einschließlich - Lipektomie - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung, beidseitig, je Sitzung	**294,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
6903	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Plikatur Fettgewebe (Hals, Kinn),** ggf. einschließlich - minimalinvasiver und/oder endoskopischer 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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung, je Seite *Der Zuschlag nach Nummer 6904 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**178,50 €**
6905	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für beidseitige subperiostale Präparation** *Der Zuschlag nach Nummer 6905 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 6905 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 6906 nicht berechnungsfähig.*	**119,00 €**
6906	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 6900 oder 6901 für Knochenabtragung,** je Seite *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.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 6907 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 6908 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**101,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Fazialisparese/Pterygium colli 11.01.15

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7000 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7000 ist neben der Leistung nach Nummer 7004 oder 7007 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7001 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7001 ist neben der Leistung nach Nummer 7004 oder 7007 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7002 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7002 ist neben der Leistung nach Nummer 7008 oder 7012 nicht berechnungsfähig.*	**778,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7003 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7004 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7004 ist neben der Leistung nach Nummer 7000 oder 7001 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7005 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**755,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7006 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7007 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7007 ist neben der Leistung nach Nummer 7000 oder 7001 nicht berechnungsfähig.*	**800,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Die Leistung nach Nummer 7008 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7008 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.*	**999,41 €**
7009	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7008, 1. Sitzung, jedes weitere Transplantat** *Der Zuschlag nach Nummer 7009 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Die Leistung nach Nummer 7010 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7010 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.*	**733,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Der Zuschlag nach Nummer 7011 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Die Leistung nach Nummer 7012 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7012 ist neben der Leistung nach Nummer 7002 oder 8321 nicht berechnungsfähig.*	**1.264,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7013	**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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung *Der Zuschlag nach Nummer 7013 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**331,97 €**
7014	**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 - minimalinvasiver und/oder endoskopischer Zugänge - Drainagen - Kompressionsverband und Kühlung	**663,94 €**
7015	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7012 für jedes weitere Transplantat**	**331,97 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7016 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7016 ist neben der Leistung nach Nummer 8321 nicht berechnungsfähig.*	**357,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7017	**Operative Korrekturversorgung bei Pterygium colli,** ggf. einschließlich - plastischer Resektion - Lösen und Entfernen von Verwachsungen und/oder Narbengewebe - plastischem Verschluss, je Seite *Die Leistung nach Nummer 7017 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**468,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Finger- /Zehennagel 11.01.16

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7100	**Trepanation eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus,** ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	**19,14 €**
7101	**Extraktion oder Teilextraktion eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus,** ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	**17,03 €**
7102	**Keilexzision Nagelwall, eine Nagelseite, mit totaler Exzision des entzündeten Nagelbettes und Entfernung des entsprechenden Anteils der Nagelwurzel,** ggf. einschließlich - Defektdeckung - Gaze-/Salbenverband	**25,03 €**
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	**32,09 €**
7104	**Inzision und/oder Wundversorgung eines Panaritiums,** ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	**60,92 €**
7105	**Partielle Exzision der Nagelmatrix eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus,** einschließlich Nagelextraktion und Exzision der Nagelwurzel, ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	**55,63 €**
7106	**Exzision der gesamten Nagelmatrix eines Finger- oder Zehennagels aus einer eigenständigen Indikation heraus, einschließlich Nagelextraktion und Exzision der Nagelwurzel,** ggf. einschließlich Gaze-/Salbenverband	**79,17 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Hand 11.01.17

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7200 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7201 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**447,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7202 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7203 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**1.564,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7204 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7205 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**869,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7209 ist je Transplantat mit Gefäßanschluss einmal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7212 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**447,67 €**
7213	**Korrektur-Osteotomie bei Kirner-Deformität und/oder Epiphyseodese,** ggf. einschließlich - Osteosynthese - Röntgenkontrolle - Blutleere - Bleihandlagerung - mikrochirurgischer Technik - Schienenverband *Die Leistung nach Nummer 7213 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7214 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**889,48 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7215	**Korrektur einer partiellen kutanen Syndaktylie,** einschließlich lokaler Hautlappenplastik und/oder freies Hauttransplantat (einschließlich Hebung), ggf. einschließlich - Blutleere - Bleihandlagerung - Schienenverband *Die Leistung ist je wiederhergestellter Zwischenfingerfalte berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung ist je wiederhergestellter Zwischenfingerfalte berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, Fasziengewebe und/oder 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 *Die Leistung nach Nummer 7219 ist je Hand einmal berechnungsfähig.*	**923,85 €**
7220	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7219 für die Anlage eines Fixateur externs**	**379,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Replantation/Expander 11.01.18

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Nervennähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop *Die Leistung nach Nummer 7300 ist je abgegrenztem Verletzungsareal einmal berechnungsfähig.*	**1.564,60 €**
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 - Nervennähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop *Die Leistung nach Nummer 7301 ist neben der Leistung nach Nummer 9010 oder 9011 nicht berechnungsfähig.*	**1.745,99 €**
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 - Nervennähte - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop *Die Leistung nach Nummer 7302 ist je Sitzung und Lippe einmal berechnungsfähig.*	**1.685,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**3.841,41 €**
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	**3.378,48 €**
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	**3.741,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.564,60 €**
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	**1.397,40 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**3.841,41 €**
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	**3.378,48 €**
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	**3.741,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.564,60 €**
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 - Sehnentransplantation (ohne Transplantathebung) - Defektdeckung mit Hauttransplantat oder lokalen Lappen - Verwendung Operationsmikroskop - Schienenverband	**1.397,40 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7313 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**302,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7314 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**376,55 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7315 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**404,79 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7316 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**427,34 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7317 ist je Lokalisation einmal berechnungsfähig.*	**511,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**342,76 €**
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	**140,98 €**
7320	**Maßnahmen zur Verbesserung des venösen Abstroms durch Blutegelapplikation** *Die Leistung nach Nummer 7320 ist neben der Leistung nach Nummer 4115 nicht berechnungsfähig.*	**19,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Mammachirurgie 11.01.19

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**674,97 €**
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	**718,43 €**
7411	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7404, 7405, 7406, 7409 oder 7410 für die komplette Kapselentfernung bei histologisch nachgewiesener Kapselfibrose**	**111,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Mamillenentlastung, je Mamma	**881,36 €**
7413	**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 - Mamillenentlastung	**207,80 €**
7414	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7412 für tumoradaptiertes Vorgehen**	**375,27 €**
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 - Mamillenentlastung, je Mamma	**376,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Mamillenentlastung *Die Leistung nach Nummer 7417 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**376,27 €**
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 - Mamillenentlastung, 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 - Mamillenentlastung, je Mamma	**531,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7421	**Periareoläre Mastopexie,** ggf. einschließlich - Verkleinerung des Mamillen-Areolenkomplexes - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma	**574,91 €**
7422	**Mastopexie,** ggf. einschließlich - Verkleinerung des Mamillen-Areolenkomplexes - Straffen bzw. Anpassen des Hautmantels - Hautresektion - plastischer Formung der Submammärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma	**597,21 €**
7423	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7422 für die Verlagerung des gestielten Mamillen-Areolenkomplexes**	**380,97 €**
7424	**Tumorektomie oder Duktektomie 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 Submammärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	**222,90 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7426	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für die Defektdeckung mittels intramammärer Verschiebelappenplastik,** einschließlich Formgebung der Mamma, ggf. einschließlich - plastischer Formung der Submammärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma	**238,81 €**
7427	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7424 für Mammarekonstruktion mittels mehrerer intramammärer Rotationslappen (einschließlich Hebung),** ggf. einschließlich - plastischer Formung der Submammärfalte - Anlegen eines Kompressionsmieders, je Mamma *Der Zuschlag nach Nummer 7427 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7425 oder 7438 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7432	**Skin-Sparing-Mastektomie,** ggf. einschließlich - Probenentnahmen für Schnellschnittuntersuchungen - Nachresektionen in gleicher Sitzung - Resektion des Mamillen-Areolakomplexes, je Mamma	**594,29 €**
7433	**Erweiterte Mastektomie mit Resektion an den Pectoralismuskeln 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 5608, 7412, 7424, 7429, 7431, 7433, 7435, 7436 oder 7437 für die intraoperative Sonographie im Rahmen mammachirurgischer Eingriffe**	**73,07 €**
7435	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 7435 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7436 oder 7437 nicht berechnungsfähig.*	**242,43 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7436	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 7436 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7435 oder 7437 nicht berechnungsfähig.*	**277,07 €**
7437	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 7437 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7435 oder 7436 nicht berechnungsfähig.*	**380,97 €**
7438	**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 Submammärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma *Der Zuschlag nach Nummer 7438 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 7425 oder 7427 nicht berechnungsfähig.*	**540,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7439	**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 Submammärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma	**416,08 €**
7440	**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 Submammärfalte - Desepithelisierung - Durchblutungskontrollen - Anlegen eines Kompressionsmieders - Mamillenentlastung, je Mamma	**508,00 €**
7441	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Der Zuschlag nach Nummer 7442 ist neben der Leistung nach Nummer 9979 nicht berechnungsfähig.*	**173,17 €**
7443	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7433 für kontinuitätsunterbrechende Resektion einer oder mehrerer Rippen** *Der Zuschlag nach Nummer 7443 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 7443 ist neben der Leistung nach Nummer 9313, 9324, 9326, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9355, 9358 oder 9361 nicht berechnungsfähig.*	**265,47 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7445 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7446 oder 7447 nicht berechnungsfähig.*	**488,02 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 7446 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7445 oder 7447 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 7447 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433, 7445 oder 7446 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 7449 ist neben der Leistung nach Nummer 7424, 7429, 7431, 7433 oder 9979 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
7451	**Mikrochirurgische Lymphkollektorentransplantation,** 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 Lymphkollektorenanschluss**	**266,10 €**
7453	**Mikrochirugische 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7454	**Mikrochirugische 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 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 €**
7456	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7454 für jede weitere Anastomose**	**266,10 €**
7457	**Tubusimplantation im Rahmen der IORT (Intraoperative Strahlentherapie)**	**165,26 €**
7458	**Clipmarkierung im Rahmen mammachirurgischer Eingriffe**	**34,60 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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, Klavicula, 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 ortsnah 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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7519	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Brustbeins oder eines Schulterblattes,** ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	**329,57 €**
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	**480,55 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7525	**Offene Reposition der Luxation eines Gelenks der Hand- oder Fußwurzel,** ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms *Mehrere Gelenkflächen jeweils eines Knochens gelten als ein Gelenk.*	**364,64 €**
7526	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens,** ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - Ausräumung eines Hämatoms	**238,44 €**
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 Frakturenden - 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 Frakturenden - 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 Frakturenden - 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 Frakturenden - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
7534	**Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Epiphysenlösung eines Unterschenkelknochens,** ggf. einschließlich - Entfernung von überschüssigem knöchernem und weichteiligem Gewebe - Anfrischen der Frakturenden - 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 Frakturenden - 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** *Die Leistung nach Nummer 7539 ist für präoperative Bewegungsprüfung oder Lagerung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7539 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.*	**50,00 €**
7540	**Geschlossene Mobilisation eines großen Gelenks in Narkose und/oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung** *Die Leistung nach Nummer 7540 ist für präoperative Bewegungsprüfung oder Lagerung nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 7540 ist einmal je Extremität berechnungsfähig.*	**70,00 €**
7541	**Geschlossene Reposition der Luxation eines Acromioclavicular- 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7556	**Offene Reposition der Luxation eines Hüftgelenks,** ggf. einschließlich - Entfernung von knöchernem, knorpeligem und weichteiligem Gewebe - Ausräumung eines Hämatoms	**603,12 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Klavicula, 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 €**
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	**337,08 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
7619	**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 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7621	**Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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	**338,42 €**
7622	**Operative Versteifung eines Daumensattelgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**
7623	**Operative Versteifung eines Großzehengrundgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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	**425,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7624	**Operative Versteifung eines Handwurzelgelenks oder eines Carpometacarpalgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7785 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**
7627	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7626 für die operative Versteifung je weiteres Fußwurzelgelenk oder Tarsometatarsalgelenk**	**196,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7628	**Operative Versteifung eines Schultergelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7631	**Operative Totalversteifung eines Handgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7634	**Operative Versteifung eines oberen Sprunggelenks,** ggf. einschließlich - aller Maßnahmen an der Fibula - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 7786 erfüllt ist) - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Abtragung von Osteophyten an einer oder mehreren Lokalisationen - Eingriff(e) an Kapsel und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7636	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Schultereckgelenks (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 7785 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) - Maßnahmen am Discus	**355,04 €**
7637	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Schultergelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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) - Maßnahmen am Labrum glenoidale	**654,17 €**
7638	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Ellenbogengelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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)	**545,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7639	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Handwurzel- oder Carpometacarpalgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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 Faszengewebe - 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 7786 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 Faszengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Discus triangularis	**628,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7642	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Fingergelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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)	**377,56 €**
7643	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Daumensattelgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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)	**711,32 €**
7644	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Hüftgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Fasziengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Maßnahmen am Labrum acetabulare	**758,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7645	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Kniegelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Faszengewebe - 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 7786 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 Faszengewebe - 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 7786 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 Faszengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	**528,13 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7648	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 7636, 7637, 7638, 7639, 7641, 7644, 7645, 7646, 7647 oder 7649 bei Vorliegen einer Keimbesiedelung eines Gelenks oder einer Gelenkinfektion (septische Arthroplastik bzw. septischer Gelenkeingriff)** *Die Leistung nach Nummer 7648 ist neben der Leistung nach Nummer 7786 nicht berechnungsfähig.*	**250,00 €**
7649	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Fußwurzel- oder eines Tarsometatarsalgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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)	**426,03 €**
7650	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7649 für die Arthroplastik und/oder Arthrolyse je weiteres Fußwurzelgelenk oder Tarsometatarsalgelenk**	**263,76 €**
7651	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Zehengelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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)	**319,43 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7652	**Arthroplastik und/oder Arthrolyse eines Großzehengrundgelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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 Faszengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	**370,58 €**
7653	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 7639, 7642, 7643, 7649, 7651 oder 7652 bei Vorliegen einer Keimbesiedelung eines Gelenks oder einer Gelenkinfektion (septische Arthroplastik bzw. septischer Gelenkeingriff)** *Die Leistung nach Nummer 7653 ist neben der Leistung nach Nummer 7785 nicht berechnungsfähig.*	**150,00 €**
7654	**Dekompression des subacromialen Raumes,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Faszengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en) - Anfrischen von Rupturrändern und/oder Glätten der Rotatorenmanschette (exklusive Naht)	**633,38 €**
7655	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7656	**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 €**
7657	**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 €**
7658	**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 €**
7659	**Refixation eines osteochondralen Fragmentes in einem kleinen Gelenk,** ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Ausräumung eines Hämatoms	**241,66 €**
7660	**Refixation eines osteochondralen Fragmentes in einem großen Gelenk,** ggf. einschließlich - Knochenbohrung und/oder -Anfrischen - Ausräumung eines Hämatoms	**344,22 €**
7661	**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 €**
7662	**Entfernung von bis zu drei unter der Faszie liegenden Fremdkörpern, offen chirurgisch,** ggf. einschließlich Einlegen eines oder mehrerer Medikamententräger	**187,03 €**
7663	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7662 für die Entfernung von mehr als drei Fremdkörpern**	**96,44 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7664	**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 Fasziengewebe 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 €**
7665	**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 Fasziengewebe 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 €**
7666	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7664 oder 7665 für das Auffüllen eines Knochendefektes mit autologem, autogenem oder alloplastischem Material**	**164,69 €**
7667	**Totale Resektion eines kleinen Knochens,** ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**
7668	**Totale Resektion eines großen Knochens,** ggf. einschließlich - Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger - Maßnahmen an Muskel(n) und/oder Sehne(n) und/oder Fasziengewebe 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7669	**Entnahme von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span, ortsständig gewonnen** *Die Leistung nach Nummer 7669 ist nur berechnungsfähig, wenn das Knochenmaterial in einem gesonderten Schritt gezielt und in der Nähe des eigentlichen Operationsgebietes gewonnen wird.* *Die Leistung nach Nummer 7669 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.*	**182,48 €**
7670	**Entnahme von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span fernab des primären Operationsgebietes,** ggf. einschließlich Einlage eines oder mehrerer Medikamententräger	**345,45 €**
7671	**Einbringen von Spongiosa und/oder von mindestens einem kortikospongiösen Span** *Die Leistung nach Nummer 7671 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder als fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.*	**201,38 €**
7672	**Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial** *Die Leistung nach Nummer 7672 ist nicht neben oder an Stelle einer Leistung berechnungsfähig, die sie als obligaten Bestandteil oder als fakultativen Schritt umfasst oder als Zuschlagsleistung abbildet.*	**201,38 €**
7673	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7672 für die Zubereitung und/oder Anpassung von Material aus der Knochenbank**	**173,83 €**
7674	**Mikrochirurgische Transposition eines gefäßgestielten Knochenspans,** ggf. einschließlich aller Maßnahmen zum Heben, Anpassen und Einbringen	**769,78 €**
7675	**Mikrochirurgische Transplantation eines gefäßgestielten Knochenspans einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele,** ggf. einschließlich aller Maßnahmen zum Heben, Anpassen und Einbringen	**1.380,28 €**
7676	**Entnahme eines kleinen, nicht gefäßgestielten Knochens**	**219,01 €**
7677	**Einbringen eines kleinen, nicht gefäßgestielten Knochens, als selbständige Leistung**	**221,48 €**
7678	**Entnahme eines großen, nicht gefäßgestielten Knochens**	**389,39 €**
7679	**Einbringen eines großen, nicht gefäßgestielten Knochens, als selbständige Leistung**	**422,92 €**
7680	**Transplantation eines gefäßgestielten, kleinen Knochens einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele**	**1.272,59 €**
7681	**Transplantation eines gefäßgestielten, großen Knochens einschließlich Anschluss eines oder mehrerer Gefäßstiele**	**1.298,83 €**
7682	**Lagerpräparation bei sekundärer Rekonstruktion,** einschließlich Anschlussgefäßpräparation, ggf. einschließlich Metallentfernung	**233,24 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7683	**Entnahme eines zu transplantierenden Knorpel-Knochen-Zylinders** *Neben der Leistung nach Nummer 7683 ist das Herrichten des Transplantatbettes innerhalb der Defektzone nicht gesondert berechnet werden.*	**296,11 €**
7684	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7683 für jeden weiteren entnommenen, zu transplantierenden Knorpel-Knochen-Zylinder**	**80,16 €**
7685	**Einbringen eines Knorpel-Knochen-Zylinders,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 oder 7786 erfüllt ist) - Knorpelabrasion	**459,59 €**
7686	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7685 für jeden weiteren eingebrachten Knorpel-Knochen-Zylinder**	**94,73 €**
7687	**Autologe Chondrozyten-Transplantation,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 oder 7786 erfüllt ist) - Verschluss der Defektzone mittels Periostlappen oder künstlicher Membran - Knorpelabrasion	**729,54 €**
7688	**Einbringen von metallischem/keramischem Knorpelersatzmaterial,** wie z.B. Inlay-Implantatsystem	**447,74 €**
7689	**Perkutane Knocheneröffnung/-anbohrung an einem kleinen Knochen, als selbständige Leistung,** z.B. bei Knochenödem und beginnender Osteonekrose *Die Leistung nach Nummer 7689 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.*	**266,45 €**
7690	**Perkutane Knocheneröffnung/-anbohrung an einem großen Knochen, als selbständige Leistung,** z.B. bei Knochenödem und beginnender Osteonekrose *Die Leistung nach Nummer 7690 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.*	**360,31 €**
7691	**Offen chirurgische Knorpelinduktion, an einem kleinen Knochen, als selbständige Leistung,** wie z.B. Pridie-Bohrung, Beck‘sche Bohrung, Chondro-Picks *Die Leistung nach Nummer 7691 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.*	**495,30 €**
7692	**Offen chirurgische Knorpelinduktion, an einem großen Knochen, als selbständige Leistung,** wie z.B. Pridie-Bohrung, Beck‘sche Bohrung, Chondro-Picks *Die Leistung nach Nummer 7692 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.*	**553,48 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7693	**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 €**
7694	**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 €**
7695	**Amputation in Höhe des Unterarms,** einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven *Die Leistung nach Nummer 7695 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn zwei Knochen durchtrennt werden.*	**658,21 €**
7696	**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 €**
7697	**Amputation in Höhe des Unterschenkels,** einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven *Die Leistung nach Nummer 7697 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn zwei Knochen durchtrennt werden.*	**712,76 €**
7698	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7699	**Externe Hemipelvektomie,** einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	**1.700,00 €**
7700	**Interskapulothorakale Amputation,** einschließlich - plastischer Deckung mit den erforderlichen Maßnahmen an Muskeln und Haut - Anpassen der Knochenfläche - Versorgung von Blutgefäßen und Nerven	**1.750,00 €**
7701	**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 €**
7702	**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 €**
7703	**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 €**
7704	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7705	**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 €**
7706	**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 €**
7707	**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 €**
7708	**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) *Zum Mittelfuß gehören die Basen der Mittelfußknochen 1 bis 5, Kahnbein, Würfelbein und inneres/mittleres/äußeres Keilbein.* *Zum Rückfuß gehören Sprungbein und Fersenbein.* *Die Leistung nach Nummer 7708 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehrere Knochen oder Gelenke betroffen sind.*	**651,51 €**
7709	**Umkehrplastik** (z.B. Borggreve), einschließlich aller notwendigen Teilschritte dieser Operation und aller Osteotomien und Osteosynthesen	**2.381,52 €**
7710	**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 *Die Leistung nach Nummer 7710 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.*	**271,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7711	**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 *Die Leistung nach Nummer 7711 ist neben der Leistung nach Nummer 7717, 7776, 7777 oder 7778 nicht berechnungsfähig.*	**263,93 €**
7712	**Spaltung oder Durchtrennung eines Retinakulums der Patella**	**343,09 €**
7713	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7712 für die Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen,** ggf. einschließlich Denervation(en)	**151,35 €**
7714	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7712 für die Teilexstirpation der Patella,** ggf. einschließlich Denervation(en)	**174,63 €**
7715	**Vollständige Entfernung einer Sehne oder einer Faszie oder eines Muskels oder einer Sehnenscheide,** ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen - teilweise oder komplette Tendosynovialektomie *Die Leistung nach Nummer 7715 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Sehnenscheide an derselben Lokalisation entfernt werden.*	**387,93 €**
7716	**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 *Die Leistung nach Nummer 7716 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.*	**380,64 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7717	**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 *Die Leistung nach Nummer 7717 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, wenn der Eingriff mehrere Strukturen an derselben Lokalisation betrifft.*	**426,99 €**
7718	**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 *Die Leistung nach Nummer 7718 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Sehnenscheide an derselben Lokalisation genäht und/oder refixiert werden.*	**450,97 €**
7719	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7717 oder 7718 für die Augmentation einer Sehne**	**181,14 €**
7720	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7721	**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 €**
7722	**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 *Die Leistung nach Nummer 7722 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Sehne an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt wird.*	**294,25 €**
7723	**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 *Die Leistung nach Nummer 7723 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Sehne an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt wird.*	**385,62 €**
7724	**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 *Die Leistung nach Nummer 7724 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt.*	**873,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7725	**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 *Die Leistung nach Nummer 7725 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.*	**706,43 €**
7726	**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 *Die Leistung nach Nummer 7726 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.*	**628,82 €**
7727	**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 *Die Leistung nach Nummer 7727 ist je Eingriff nur einmal berechnungsfähig, auch wenn Sehne und Faszie an derselben Lokalisation verlängert oder verkürzt werden.*	**365,65 €**
7728	**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 *Die Leistung nach Nummer 7728 ist nicht im Rahmen anderer Operationen berechnungsfähig.*	**305,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7729	**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 €**
7730	**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 €**
7731	**Spülung einer Sehnenscheide ohne weitere operative Maßnahmen**	**112,46 €**
7732	**Knöcherne Sehnenansatzversetzung,** ggf. einschließlich - Knochenbohrung - Abtragung von Osteophyten, Exophyten und/oder Exostosen an einer oder mehreren Lokalisationen - Entfernung von Schleimbeutel(n) - Denervation(en)	**393,41 €**
7733	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7734	**Eingriff im Bereich der Patellarsehne und der Tuberositas tibiae bei Patellainstabilität** (z.B. nach Goldtwaith), 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 €**
7735	**Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat eines kleinen Gelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7785 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 *Die Leistung nach Nummer 7735 ist nicht berechnungsfähig für die Naht am Schultereckgelenk.* *Der Kapselbandapparat umfasst auch die Ringbänder und kann unabhängig von der Anzahl der behandelten Ringbänder pro Gelenk nur einmal berechnet werden.*	**291,59 €**
7736	**Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat eines großen Gelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach Nummer 7786 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 *Die Leistung nach Nummer 7736 ist für die Naht am Kniegelenk, am Schultergelenk oder am Sprunggelenk nicht berechnungsfähig.*	**399,58 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7737	**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 €**
7738	**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 €**
7739	**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 €**
7740	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7741	**Naht oder Refixation eines vorderen Kreuzbandes,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7742	**Naht oder Refixation eines hinteren Kreuzbandes,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7743	**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 7786 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7744	**Plastischer Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit autogenem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7745	**Plastischer Ersatz des hinteren Kreuzbandes mit autogenem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7746	**Plastischer Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit allogenem oder alloplastischem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7747	**Plastischer Ersatz des hinteren Kreuzbandes mit allogenem oder alloplastischem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7748	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7741, 7742, 7743, 7744, 7745, 7746 oder 7747 für die Refixation eines Meniskus**	**166,23 €**
7749	**Entfernung eines Außen- und/oder Innenmeniskus, teilweise oder total,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7750	**Refixation eines Meniskus,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7751	**Einbringen eines allogenen oder alloplastischen Meniskus,** ggf. einschließlich - Entfernung des autogenen Meniskus - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7752	**Plastischer Ersatz eines Bandes am Kniegelenk mit autogenem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 erfüllt ist) - Knochenbohrung - 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) *Der plastische Ersatz des vorderen oder hinteren Kreuzbandes ist nach Nummer 7752 nicht berechnungsfähig.*	**685,53 €**
7753	**Plastischer Ersatz eines Bandes am Kniegelenk mit allogenem oder alloplastischem Material,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 erfüllt ist) - Knochenbohrung - 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) - Armierung einer oder mehrerer Sehne(n) *Der plastische Ersatz des vorderen oder hinteren Kreuzbandes ist nach Nummer 7753 nicht berechnungsfähig.*	**692,99 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7754	**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 €**
7755	**Refixation des Labrum glenoidale im Schultergelenk,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7756	**Vordere Pfannenrandplastik eines Schultergelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Fasziengewebe	**660,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7757	**Hintere Pfannenrandplastik eines Schultergelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Fasziengewebe	**736,58 €**
7758	**Vordere Kapselbandplastik an einem Schultergelenk,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Fasziengewebe	**721,70 €**
7759	**Hintere Kapselbandplastik an einem Schultergelenk,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 Fasziengewebe	**754,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7760	**Rekonstruktion einer Sehne an der Rotatorenmanschette,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7786 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 €**
7761	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7760 für die Rekonstruktion einer weiteren Sehne**	**127,62 €**
7762	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7760 für die Rekonstruktion mittels Muskel- und Sehnenverlagerung,** ggf. einschließlich - Kanalbildung - Hebung und Einbringen des Lappens - Verschluss der Entnahmestelle *Der Zuschlag nach Nummer 7762 ist neben der Leistung nach Nummer 6100 nicht berechnungsfähig.*	**349,27 €**
7763	**Naht bzw. Nähte und/oder Refixation(en) am Kapselbandapparat des Schultereckgelenks (Acromioclaviculargelenks) oder des Sternoklavikulargelenks oder des Handgelenks oder des Ellbogengelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7764	**Kapselbandplastik an einem Schultereckgelenk (Acromioclaviculargelenk) oder des Sternoklavikulargelenks oder des Handgelenks oder des Ellbogengelenks,** ggf. einschließlich - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung von 7785 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 €**
7765	**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 €**
7766	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7767	**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 €**
7768	**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 €**
7769	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7770	**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 7786 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 €**
7771	**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 €**
7772	**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 €**
7773	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7774	**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 €**
7775	**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 €**
7776	**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 *Die Leistung nach Nummer 7776 ist neben der Leistung nach Nummer 7711, 7717 oder 7728 nicht berechnungsfähig.*	**400,00 €**
7777	**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 *Die Leistung nach Nummer 7777 ist neben der Leistung nach Nummer 7711, 7717 oder 7728 nicht berechnungsfähig.*	**600,00 €**
7778	**Perkutane Nadelfasziotomie bei Morbus Dupuytren oder Ledderhose,** ggf. einschließlich gewaltsamer Mobilisierung eines oder mehrerer Faszienstränge	**181,13 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7779	**Teilweise oder offen chirurgische Fasziektomie bei Morbus Ledderhose,** ggf. einschließlich - Neurolyse(n) - Arteriolyse(n) - einer oder mehrerer lokaler Hautverschiebeplastik(en) - Lösen von Verwachsungen *Die Leistung nach Nummer 7779 ist neben der Leistung nach Nummer 7711, 7717 oder 7728 nicht berechnungsfähig.*	**253,34 €**
7780	**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 €**
7781	**Denervation eines kleinen Gelenks, offen chirurgisch**	**236,45 €**
7782	**Denervation eines großen Gelenks, offen chirurgisch**	**475,14 €**
7783	**Perkutane Denervation eines kleinen Gelenks,** ggf. einschließlich Neuromonitoring	**77,18 €**
7784	**Perkutane Denervation eines großen Gelenks,** ggf. einschließlich Neuromonitoring	**119,10 €**
7785	**Totale Synovialektomie in einem kleinen Gelenk bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich mehrerer Zugänge	**376,27 €**
7786	**Totale Synovialektomie in einem großen Gelenk bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich mehrerer Zugänge	**788,32 €**
7787	**Entfernung eines oder mehrerer Schleimbeutel über denselben Zugang, als selbständige Leistung** *Die Leistung nach Nummer 7787 ist neben der Leistung nach Nummer 7788 nicht berechnungsfähig.*	**281,07 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7788	**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** *Die Leistung nach Nummer 7788 ist neben der Leistung nach Nummer 7787 nicht berechnungsfähig.*	**524,09 €**
7789	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7788 beim Vorliegen einer lokalen Infektsituation**	**135,46 €**
7790	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Schultergelenks**	**509,08 €**
7791	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Ellenbogengelenks**	**335,32 €**
7792	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Hand- oder Fußgelenks oder eines Gelenks distal davon**	**283,60 €**
7793	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Hüftgelenks**	**531,10 €**
7794	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines Kniegelenks**	**486,77 €**
7795	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste im Bereich eines oberen und unteren Sprunggelenks**	**405,51 €**
7796	**Entfernung eines Ganglions oder einer Gelenkzyste in sonstigen Bereichen**	**149,06 €**
7797	**Entfernung einer Bakerzyste**	**672,99 €**
7798	**Einbringen einer Entlastungsfeder**	**157,90 €**
7799	**Entfernung einer Entlastungsfeder**	**102,37 €**
7800	**Pfannendachplastik durch Spananlagerung am Pfannenerker**	**897,43 €**
7801	**Operative Entlastung eines Kompartments an einem Extremitätenabschnitt,** ggf. einschließlich - Inzision - Teilresektion - vollständige Resektion einer Faszie *Die Leistung nach Nummer 7801 ist neben der Leistung nach Nummer 7715 oder 7717 nicht berechnungsfähig.*	**496,62 €**
7802	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7801 für jedes weitere Kompartiment an demselben Extremitätenabschnitt,** ggf. einschließlich - Inzision - Teilresektion - vollständige Resektion einer Faszie *Der Zuschlag nach Nummer 7802 ist neben der Leistung nach Nummer 7715 oder 7717 nicht berechnungsfähig.*	**90,90 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7803	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 7803 ist neben der Leistung nach Nummer 7804 oder 7805 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.*	**27,36 €**
7804	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 7804 ist neben der Leistung nach Nummer 7803 oder 7805 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.*	**61,53 €**
7805	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 7805 ist neben der Leistung nach Nummer 7803 oder 7804 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.*	**116,16 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 in 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 €**
7902	**II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder in 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 allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder** **- Tenodese der Bizepssehne oder** **- Refixation des Bizepssehnenankers (SLAP-repair)** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**653,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7903	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**409,97 €**
7904	**IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Schultergelenk oder in 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** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**369,97 €**
7905	**Arthroskopische Maßnahmen im/am Schultereckgelenk (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 artikularis	**287,88 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 oder der langen Bizepssehne**	**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	**910,25 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 in 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 in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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** **- Naht oder Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel bei akuter oder chronischer Instabilität und/oder der Bänder oder** **- arthroskopische Frakturversorgung oder** **- Arthrolyse oder** **- Entfernung periartikulärer Ossifikationen am Ellenbogen** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**653,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7918	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Ellbogengelenk oder in 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** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**570,52 €**
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 Kiefergelenk oder in 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 *Die Leistung nach Nummer 7922 ist neben der Leistung nach Nummer 8714 oder 8768 nicht berechnungsfähig.*	**287,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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)	**212,74 €**
7924	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Radiocarpalgelenk oder an einem Mediocarpalgelenk oder an einem distalen Radioulnargelenk oder an einem Daumensattelgelenk oder in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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)** **oder** **- Operation einer oder mehrerer Zyste(n)** **oder** **- Operation eines oder mehrerer Ganglions(-en) an Knorpel-, Weichteil und/oder Bindegewebe** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**387,88 €**
7925	**IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Fingergelenk:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose oder bei Empyem/Infektion oder** **- arthroskopische Frakturversorgung an einem Fingergelenk** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**307,55 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7926	**V. Arthroskopische Maßnahmen an einem Radiocarpalgelenk oder an einem Mediocarpalgelenk oder an einem distalen Radioulnargelenk oder an einem Daumensattelgelenk oder in einem Raum:** **- Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder** **- Diskus(re)fixation oder Naht z.B. durch Naht, Schraube(n) oder Ankersystem(e) 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** **- Naht oder Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel bei akuter oder chronischer Instabilität und/oder der Bänder oder** **- Knorpelersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material oder** **- Arthrodese oder** **- Resektion einer Pseudarthrose ggf. einschließlich Einbringen von Spongiosa** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**641,76 €**
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 in 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7931	**II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder in 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** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**713,34 €**
7932	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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** **- Naht oder Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel bei akuter oder chronischer Instabilität und/oder der Bänder oder** **- Resektion des Labrum azetabulare 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** **- Arthrolyse** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**541,76 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7933	**IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Hüftgelenk oder in 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 Traktus iliotibialis oder** **- Tenotomie einer extraartikulären Sehne/Muskels oder** **- Resektion Lig. capitis femoris** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**577,97 €**
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 in 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7938	**II. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder in einem Raum:** **- Refixation eines Knorpel-Knochen-Stückes oder** **- Arthrolyse oder** **- kompletter Ersatz eines Meniskus durch allogenen 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 oder** **- Knorpelsersatz mittels azellulärem oder zellulärem Gewebe oder Material** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**541,76 €**
7939	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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 oder Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel bei akuter oder chronischer Instabilität und/oder der Bänder oder** **- Arthroskopische Entnahme eines Knorpel-Knochen-Transplantates oder** **- Entfernung eines einliegenden Kreuzbandtransplantates oder** **- Retinakulumnaht** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**683,16 €**
7940	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 7939 für die transossäre Meniskusrefixation mittels Auszugnaht**	**66,51 €**
7941	**IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem Kniegelenk oder in 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)** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**424,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7942	**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 ortsnah vom gleichseitigen Kniegelenk - 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 €**
7943	**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 ortsnah vom gleichseitigen Kniegelenk - 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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7947	**I. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehne und/oder Faszie oder in 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	**552,86 €**
7948	**II. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehne und/oder Faszie oder in einem Raum:** **- Knorpel-Knochen-Transplantation oder** **- Implantation von autologem oder allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material zum Knochenersatz einschließlich Spongiosaplastik oder** **- Arthrolyse oder** **- Knorpelersatz mittels zellulärem oder azellulärem Gewebeersatzmaterial oder** **- Bandplastik mit Sehnentransplantat oder** **- Sehnentransferoperationen oder** **- Arthrodese eines Sprunggelenks oder** **- arthroskopische Frakturversorgung** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**713,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
7949	**III. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehnenscheide oder in einem Raum:** **- Subtotale Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung oder tenosynovialer Riesenzelltumor 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 oder Nähte oder Refixation der Gelenkkapsel bei akuter oder chronischer Instabilität und/oder der Bänder oder** **- Neurolyse** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**519,80 €**
7950	**IV. Arthroskopische Maßnahmen an einem oberen Sprunggelenk oder an einem unteren Sprunggelenk oder an einer periartikulären Sehne und/oder Faszie oder in 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** *Die durchgeführte(n) Prozedur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 €**
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** *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.*	**24,23 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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.*	**89,55 €**
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** *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.*	**96,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8000	**Endoprothetischer Teilersatz des Hüftgelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 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	**850,00 €**
8001	**Endoprothetischer Totalersatz des Hüftgelenks, ohne Defektsituation,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 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 8006 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	**1.170,00 €**
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 8005 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 8006 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	**1.299,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8003	**Endoprothetischer Totalersatz des Hüftgelenks bei hochgradiger Defektsituation (entsprechend Stadium nach Paprosky 3 oder höher) oder hochgradiger Hüftdysplasie oder bei einem Tumor inkl. Sonder- und Tumorprothesen,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8005 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 8006 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	**1.484,38 €**
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 8000, 8001, 8002 oder 8003 für Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose**	**169,17 €**
8006	**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 €**
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	**1.250,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.450,00 €**
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	**1.102,14 €**
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	**1.390,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.565,55 €**
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	**1.850,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
8021	**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 €**
8022	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8007, 8008, 8011, 8012, 8013, 8014, 8015, 8016, 8018, 8019 oder 8020 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**252,20 €**
8023	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8008, 8018, 8019 oder 8020 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**420,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8030 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	**1.110,04 €**
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 8030 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 8031 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	**1.290,00 €**
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 8030 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 8031 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	**1.343,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8030 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 8031 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	**1.464,60 €**
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 8030 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 8031 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	**1.515,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8030 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 8031 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	**1.631,66 €**
8030	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8024, 8025, 8026, 8027, 8028 oder 8029 für Synovialektomie bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose**	**169,17 €**
8031	**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 €**
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	**1.100,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.250,00 €**
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	**950,00 €**
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	**1.150,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8037	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8036 für einen isolierten Patella-Rückflächenersatzwechsel**	**272,62 €**
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	**1.280,00 €**
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	**1.350,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.500,00 €**
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	**1.650,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.720,00 €**
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	**1.790,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.880,00 €**
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	**1.290,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.390,00 €**
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	**1.430,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.490,00 €**
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	**1.620,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.650,00 €**
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	**1.750,00 €**
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	**1.750,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.890,00 €**
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	**1.900,00 €**
8055	**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 €**
8056	**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 €**
8057	**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 €**
8058	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8059	**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 €**
8060	**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 €**
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 8079 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	**855,00 €**
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 8079 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	**1.146,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.259,81 €**
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 8079 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	**1.328,34 €**
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 8079 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	**1.451,71 €**
8066	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8063, 8064 oder 8065 für Synovialektomie bei bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose**	**125,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.050,00 €**
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	**1.250,00 €**
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 €**
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 8079 erfüllt ist) - Entfernung eines oder mehrerer freier Gelenkkörper - Ausräumung von nekrotischem Gewebe	**995,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8079 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	**1.290,00 €**
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 8079 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	**1.310,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8079 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	**1.390,00 €**
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 8079 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	**1.690,00 €**
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 8079 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	**1.750,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 8079 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	**1.890,00 €**
8078	**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 €**
8079	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8061, 8062, 8064, 8065, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion,** je Sehne	**182,10 €**
8080	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8068, 8069, 8072, 8073, 8074, 8075, 8076 oder 8077 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**173,18 €**
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 8069, 8075 oder 8077 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**288,64 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8083	**Einbau einer Teilendoprothese 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	**950,00 €**
8084	**Einbau einer nicht gekoppelten Totalendoprothese 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	**1.240,00 €**
8085	**Einbau einer gekoppelten Totalendoprothese 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	**1.090,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.400,00 €**
8087	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8083, 8084, 8085 oder 8086 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor 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	**1.100,00 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**945,00 €**
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	**1.150,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.320,00 €**
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	**1.400,00 €**
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	**1.520,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.650,00 €**
8097	**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 €**
8098	**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 €**
8099	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8088, 8089, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**156,09 €**
8100	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8088, 8089, 8092, 8093, 8094, 8095 oder 8096 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**334,82 €**
8101	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, tenosynovialer Riesenzelltumor 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	**1.120,00 €**
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 €**
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	**950,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.150,00 €**
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	**1.490,00 €**
8109	**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 €**
8110	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8104, 8107 oder 8108 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**228,93 €**
8111	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8104 oder 8108 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**374,61 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose**	**122,58 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
8119	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 8007, 8008, 8010, 8032, 8033, 8035, 8036, 8068, 8069, 8071, 8088, 8089, 8091, 8104, 8106, 8115, 8116 oder 8118 bei Vorliegen einer Keimbesiedelung der Prothese oder einer Protheseninfektion (septische Revision)** *Die Leistung nach Nummer 8119 ist neben der Leistung nach Nummer 7786 nicht berechnungsfähig.*	**250,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8120	**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 €**
8121	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8122	**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 €**
8123	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8112, 8113, 8120, 8121 oder 8122 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 €**
8124	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8115, 8116, 8120, 8121 oder 8122 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**181,18 €**
8125	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8115, 8116, 8120, 8121 oder 8122 für eine Radiusosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines künstlichen Handgelenks**	**181,18 €**
8126	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8116 oder 8122 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**211,37 €**
8127	**Endoprothetischer Teilersatz des Daumensattelgelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8129 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8128	**Endoprothetischer Totalersatz des Daumensattelgelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8129 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	**638,78 €**
8129	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8127 oder 8128 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose für Synovialektomie**	**84,23 €**
8130	**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 €**
8131	**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 €**
8132	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8127, 8128, 8130 oder 8131 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel**	**98,06 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8133	**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 €**
8134	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8135	**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 €**
8136	**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 €**
8137	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8127, 8128, 8134, 8135 oder 8136 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 €**
8138	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8130, 8131, 8134, 8135 oder 8136 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**132,75 €**
8139	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8131 oder 8136 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**154,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8140	**Endoprothetischer Teilersatz des Großzehengrundgelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8142 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 €**
8141	**Endoprothetischer Totalersatz des Großzehengrundgelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8142 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 €**
8142	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8140 oder 8141 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose für Synovialektomie**	**64,76 €**
8143	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8144	**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 €**
8145	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8140, 8141, 8143 oder 8144 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel**	**103,62 €**
8146	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8147	**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 €**
8148	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8149	**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 €**
8150	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8140, 8141, 8147, 8148 oder 8149 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 €**
8151	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8143, 8144, 8147, 8148 oder 8149 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**61,52 €**
8152	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8144 oder 8149 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**103,62 €**
8153	**Endoprothetischer Teilersatz eines Fingergelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8165 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8154	**Endoprothetischer Totalersatz eines Fingergelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8165 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 €**
8155	**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 8165 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 €**
8156	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8157	**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 €**
8158	**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 €**
8159	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8160	**Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes eines Fingergelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie [soweit nicht der Leistungsinhalt von Zuschlagsposition 8165 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 €**
8161	**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 €**
8162	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8130, 8131, 8134, 8135, 8136, 8156, 8157, 8159, 8160 oder 8161 für eine Fensterungsosteotomie zur Entfernung und/oder erneutem Einbau eines Sattel- oder Fingergelenks**	**132,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8163	**Endoprothetischer Teilersatz eines Zehengelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8165 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 €**
8164	**Endoprothetischer Totalersatz eines Zehengelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie (soweit nicht die Voraussetzung für die Berechnung der Zuschlagsleistung nach Nummer 8165 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 €**
8165	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8153, 8154, 8163 oder 8164 bei entzündlich-rheumatischer Grunderkrankung, tenosynovialer Riesenzelltumor oder Chondromatose für Synovialektomie**	**111,29 €**
8166	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8167	**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 €**
8168	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8153, 8154, 8156, 8157, 8163, 8164, 8166 oder 8167 für das Einbringen oder Entfernen eines oder mehrerer Abstandshalter(s) beim zweizeitigen Wechsel**	**74,19 €**
8169	**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 €**
8170	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummer 8130, 8131, 8133, 8143, 8144, 8146, 8156, 8157, 8158, 8166, 8167 oder 8169 bei Vorliegen einer nachgewiesenen Keimbesiedelung der Prothese oder einer nachgewiesenen Protheseninfektion** *Die Leistung nach Nummer 8170 ist neben der Leistung nach Nummer 7785 nicht berechnungsfähig.*	**150,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8171	**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 €**
8172	**Entfernung eines Teilersatzes und Einbau eines Totalersatzes eines Zehengelenks,** ggf. einschließlich - Drainage(n) - Synovialektomie [soweit nicht der Leistungsinhalt von Zuschlagsposition 8165 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8173	**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 €**
8174	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8153, 8154, 8159, 8160, 8161, 8163, 8164, 8171, 8172 oder 8173 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 der Leistung nach Nummer 8156, 8157, 8159, 8160, 8161, 8166, 8167, 8171, 8172 oder 8173 für die Entfernung eines zementierten Prothesenanteils**	**74,19 €**
8176	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8157, 8161, 8167 oder 8173 für die Entfernung mehrerer zementierter Prothesenanteile**	**148,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**327,78 €**
8304	**Dekompressionsoperation bei Engpass-Syndrom eines peripheren Nervens,** je Engpass	**327,78 €**
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 €**
8307	**Dekompression, Neurolyse und Naht eines Nervenplexus mit Implantation autologer Nerventransplantate,** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8309	**Naht eines peripheren Nervens, außer Finger- und Zehennerven,** ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben *Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.*	**544,54 €**
8310	**Naht eines Finger- oder Zehennervs,** ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv *Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.*	**395,59 €**
8311	**Naht eines Hirnnerven,** ggf. einschließlich - mikrochirurgische Technik - Neurolysen - Stimulationen - Exzision(en) von Narben, je Nerv *Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.*	**894,99 €**
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 *Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.*	**386,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Sofern zusätzlich Rekonstruktionen anderer Gewebe oder Wundversorgung erfolgen, können diese gesondert berechnet werden.*	**842,83 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.*	**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 €**
8326	**Offene segmentale mediale Myelotomie,** einschließlich - Lamino- oder Laminektomie - Duraplastik	**827,78 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**752,37 €**
8334	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8333 für die Aufzeichnung und Auswertung der Messergebnisse ab 72 Stunden bis zur Explantation der Katheter (Messsonden)**	**95,74 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**1.650,05 €**
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	**1.020,67 €**
8337	**Implantation, Revision, Wechsel oder Explantation (jeweils als selbständige Leistung) einer dauerhaften intrakraniellen Liquorableitung (z.B. Ventrikulozisternostomie) oder Exstirpation/Drainage von Kolloidzysten**	**1.339,81 €**
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	**468,12 €**
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	**451,41 €**
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	**819,18 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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,** ggf. einschließlich - äußerer Liquorableitung - Duraplastik - Endoskopie - Transplantatentnahme	**3.089,71 €**
8369	**Transsphenoidale 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8363, 8364, 8366, 8367, 8372, 8373, 8374, 8375, 8376 oder 8377 für die Anwendung eines erweiterten neurophysiologischen Monitorings,** einschließlich Mapping unter Einschluss der transkraniellen Magnetstimulation von Motorik, Sprache, Sehbahn, Hirnnerven-, Hirnstammfunktion *Die Leistung nach Nummer 8378 ist neben der Leistung nach Nummer 4306, 4307, 4317, 4318, 4319, 4322, 4323, 4324, 4325, 4328, 4329, 4331, 4341 oder 4342 nicht berechnungsfähig.*	**93,00 €**
8379	**Operation zum plastischen intrakraniellen Verschluss einer Liquorfistel an der Schädelbasis unabhängig vom operativen Zugangsweg, als selbständige Leistung**	**1.669,23 €**
8380	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8365, 8366, 8367, 8368, 8369, 8373, 8374 oder 8379 für die Anwendung von Neuronavigationssystemen,** einschließlich multimodaler Bilddatensätze *Der Zuschlag nach Nummer 8380 ist je Operation einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 8380 ist neben der Leistung nach Nummer 13274 nicht berechnungsfähig.*	**226,82 €**
8381	**Verschluss von Knochendefekten im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Implantation von in separater Operation entnommenen Knochenstücken	**672,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8382	**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 €**
8383	**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 €**
8384	**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 €**
8385	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L V für intraoperative Fluoreszenzangiographie**	**88,29 €**
8386	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L V für lokale zytostatische Behandlung der Tumorresthöhle nach nicht radikaler Resektion**	**175,79 €**
8387	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8387 ist neben der Leistung nach Nummer 8388 oder 8389 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.*	**87,35 €**
8388	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8388 ist neben der Leistung nach Nummer 8387 oder 8389 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.*	**225,78 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8389	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8389 ist neben der Leistung nach Nummer 8387 oder 8388 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.*	**348,29 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VI. Wirbelsäulenchirurgie 11.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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) *Die Leistung nach Nummer 8500 ist neben der Leistung nach Nummer 8501 oder 8503 im selben Segment nicht berechnungsfähig.*	**1.050,12 €**
8501	**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) *Die Leistung nach Nummer 8501 ist neben der Leistung nach Nummer 8500 im selben Segment nicht berechnungsfähig.*	**1.058,92 €**
8502	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8500 oder 8501 für jedes weitere Segment**	**391,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8503	**Beidseitige 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) *Die Leistung nach Nummer 8503 ist neben der Leistung nach Nummer 8500 im selben Segment nicht berechnungsfähig.*	**1.185,54 €**
8504	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8503 für jedes weitere Segment**	**391,97 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
8508	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8507 für jedes weitere Segment oder beidseitigem Vorgehen in einem Segment**	**391,97 €**
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**	**246,19 €**
8511	**Dorsale Instrumentierung zur Stabilisierung des letzten lumbalen Bewegungssegments, auch mittels dynamischer Schrauben-Stab-Systeme**	**707,33 €**
8512	**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 €**
8513	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8509 und/oder 8511 für komplexe Osteotomie** (z.B. Chevron, Ponte Osteomien - Grad 1 oder 2 nach Schwab Klassifikation), je Wirbel	**500,00 €**
8514	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8511 für zusätzliche S2-Ilium-Schrauben und Ilium-Schrauben**	**261,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Wird die Leistung nach Nummer 8515 ausschließlich über einen ventralen Zugang erbracht, kann der Zuschlag nach Nummer 8517 ebenfalls abgerechnet werden.*	**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 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 €**
8520	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8518 für jedes weitere Segment**	**48,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8521	**Ventrale Implantation einer Bandscheibenprothese an der Lendenwirbelsäule, in einem Segment,** einschließlich - Zugang - Bandscheibenausräumung - ventrales Release *Werden mehrere Prothesenanteile in einem Segment implantiert, so ist die Leistung nach Nummer 8521 nur einmal je Segment berechnungsfähig.*	**772,66 €**
8522	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8521 für jedes weitere Segment**	**293,29 €**
8523	**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 €**
8524	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8509 und/oder 8511 und/oder 8523 für komplexe Osteotomie** (z.B. Pedikelsubtraktionsosteotomie, Verkürzungsosteotomie mit kompletter oder partieller Wirbelkörperresektion – Grad 3 oder 4 nach Schwab Klassifikation) oder die En-Bloc-Spondylektomie (Grad 5 nach Schwab Klassifikation), je Wirbelkörper	**1.221,41 €**
8525	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8523 für jeden weiteren Wirbelkörper**	**293,29 €**
8526	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8523 für die additive ventrale Instrumentierung**	**195,53 €**
8527	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8523 für die ventrale Dekompression des Spinalkanals,** einschließlich Hinterkantenresektion	**203,57 €**
8528	**Intervertebrale Abstützung in einem Segment oder Implantation eines dorsalen interspinösen Spreizers oder sonstiger dynamischer Systeme (exklusive pedikelschraubenbasierter Systeme)**	**193,99 €**
8529	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8528 für jedes weitere Segment**	**73,32 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8530	**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 €**
8531	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8530 für jedes weitere Segment**	**293,29 €**
8532	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8530 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 €**
8533	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8530 für additive ventrale Instrumentierung**	**195,53 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8534	**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 €**
8535	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8534 für jedes weitere Segment**	**195,53 €**
8536	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8534 für die Laminoplastie,** je Segment	**73,32 €**
8537	**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 €**
8538	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8537 für jedes weitere Segment**	**263,05 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8539	**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 €**
8540	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8539 für jedes weitere Segment**	**146,65 €**
8541	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8539 für die dorsale Fusion**	**146,65 €**
8542	**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 €**
8543	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8542 für Bandscheibenersatz Th1/Th2**	**146,65 €**
8544	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8542 für jedes weitere Segment**	**146,65 €**
8545	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8542 für die Dekompression des Spinalkanals von ventral inklusive Dekompression beider Nervenwurzeln,** je Segment	**149,66 €**
8546	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8542 für ventrale Instrumentierung mit Platte bzw. instrumentiertem Cage,** je Segment	**73,32 €**
8547	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8542 für Wirbelkörperersatz, einschließlich Wirbelkörperresektion,** je Segment	**199,55 €**
8548	**Ventrale Dekompression am kraniozervikalen Übergang über transoralen oder transnasalen oder ähnlichen Zugang, offen chirurgisch oder endoskopisch**	**1.451,46 €**
8549	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8548 für ventrale Abstützung und/oder Instrumentierung**	**293,29 €**
8550	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8551	**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) *Die Leistung nach Nummer 8551 ist neben der Leistung nach Nummer 8554 nicht berechnungsfähig.* *Das Kreuzbein (Sakrum) zählt als ein Wirbelkörper.*	**655,64 €**
8552	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8551 für jeden weiteren Wirbelkörper**	**184,13 €**
8553	**Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer, z.B. Extension nach Crutchfield oder Extension im Halo**	**134,05 €**
8554	**Geschlossene Reposition von luxierten und/oder gebrochenen Wirbelkörpern, -gelenken und/oder -bögen,** einschließlich Anlage eines Zugverbands oder einer Extension	**114,80 €**
8555	**Implantatentfernung(en)** (z.B. Schrauben, Schrauben-Stab-Systeme, Platten und/oder Abstützvorrichtungen wie Cages, Bandscheibenprothesen und Wirbelkörperersatz, Zerklage(n), interspinöser Spacer, Haken)	**816,06 €**
8556	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8555 für transthorakalen oder retroperitonealen Zugang**	**234,32 €**
8557	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8555 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 €**
8558	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8559	**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 €**
8560	**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 *Die Leistung nach Nummer 8560 ist neben der Leistung nach Nummer 8503, 8507, 8519, 8527, 8530, 8534, 8537, 8545 oder 8548 nicht berechnungsfähig.*	**1.185,54 €**
8561	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8560 für jedes weitere Segment**	**219,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8562	**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 €**
8563	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8562 für die Ausführung in mehr als drei Segmenten**	**293,29 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8564	**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 €**
8565	**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 €**
8566	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8565 für jedes weitere Segment**	**67,40 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8567	**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 €**
8568	**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 €**
8569	**Offen chirurgische Arthroplastik und/oder Denervation der Facettengelenke, in einem Segment, als selbständige Leistung,** je Seite *Für die Denervation des Iliosakralgelenks kann die Leistung nach Nummer 8569 je Seite zweimal berechnet werden.*	**161,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8570	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8569 für jedes weitere Segment,** je Seite	**66,48 €**
8571	**Perkutane Denervation der Facettengelenke, in einem Segment, als selbständige Leistung,** je Seite *Für die Denervation des Iliosakralgelenks kann die Leistung nach Nummer 8571 je Seite zweimal berechnet werden.*	**78,24 €**
8572	**Steißbeinresektion und/oder Resektion eines Steißbeinteratoms**	**1.062,38 €**
8573	**Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch dorsale Instrumentation, ausgenommen mitwachsende Systeme, bis zu 10 Segmente,** ggf. einschließlich - Reposition - Release und Instrumentierung - Knochenentnahme und -transplantation aus demselben Operationsfeld *Die Leistung nach Nummer 8573 ist neben der Leistung nach Nummer 8509 oder 8511 und/oder 8551 nicht berechnungsfähig.* *Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8573 und 8574 nebeneinander berechnungsfähig.*	**1.837,08 €**
8574	**Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule beim Kind und Jugendlichen (bis zum vollendeten 20. Lebensjahr) durch ventrale Instrumentation, ausgenommen mitwachsende Systeme, bis zu 10 Segmente,** ggf. einschließlich - Reposition - Release und Instrumentierung - Thorakotomie, auch Doppelthorakotomie - Knochenentnahme und -transplantation aus demselben Operationsfeld *Die Leistung nach Nummer 8574 ist neben der Leistung nach Nummer 8509 oder 8511 und/oder 8551 nicht berechnungsfähig.* *Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8573 und 8574 nebeneinander berechnungsfähig.*	**1.837,08 €**
8575	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8573 oder 8574 ab dem 11. Segment,** je Wirbelkörper	**183,71 €**
8576	**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 *Die Leistung nach Nummer 8576 ist neben der Leistung nach Nummer 8509, 8511 oder 8551 nicht berechnungsfähig.* *Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8576 und 8577 nebeneinander berechnungsfähig.*	**1.837,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8577	**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 *Die Leistung nach Nummer 8577 ist neben der Leistungen nach Nummer 8509, 8511 oder 8551 nicht berechnungsfähig.* *Bei einzeitiger dorsoventraler Rekonstruktion sind die Leistungen nach Nummer 8576 und 8577 nebeneinander berechnungsfähig.*	**1.745,31 €**
8578	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8576 oder 8577 ab dem 9. Segment**	**586,59 €**
8579	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8573, 8574 oder 8576 und/oder 8577 für eine Kostothorakoplastik,** einschließlich Rippenbuckelresektion	**219,97 €**
8580	**Nicht-operative Verlängerung oder Verkürzung eines mitwachsenden Implantates an der Wirbelsäule**	**149,89 €**
8581	**Epiphyseodese an der Wirbelsäule beim Kind oder Jugendlichen, an einem Wirbelkörper**	**495,31 €**
8582	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8581 für jeden weiteren Wirbelkörper**	**78,91 €**
8583	**Offen chirurgische transpedikuläre Probeexzision**	**276,37 €**
8584	**Perkutane transpedikuläre Probeexzision**	**219,15 €**
8585	**Transfixation eines Iliosakralgelenks durch Schrauben**	**710,68 €**
8586	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8585 für die Transfixation der kontralateralen Seite**	**219,97 €**
8587	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8585 für eine zusätzliche Fusion,** ggf. einschließlich - Anfrischen der Gelenkflächen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial, je Seite	**97,76 €**
8588	**Duraverschluss, auch mittels Duraplastik**	**315,36 €**
8589	**Invasive Kopffixation (z.B. Mayfield-Klemme) zur intraoperativen Lagerung und ggf. geschlossenen Reposition**	**161,93 €**
8590	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L VI für den Einsatz eines Navigations- oder Robotiksystems in bis zu drei Wirbeln** *Der Zuschlag nach Nummer 8590 ist je Operation einmal berechnungsfähig.*	**226,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8591	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L VI für den Einsatz eines Navigations- oder Robotiksystems ab dem vierten Wirbel** *Der Zuschlag nach Nummer 8591 ist je Operation einmal berechnungsfähig.*	**129,65 €**
8592	**Zuschlag zu einer operativen Hauptleistung an der Wirbelsäule für den Einsatz eines Wirbelsäulenroboters zur robotisch assistierten Planung, Registrierung, Referenzierung, Trajektorienführung und Positionierung von Implantaten, insbesondere Pedikelschrauben,** einschließlich - Systemkalibrierung - intraoperativer Datenübernahme - Abgleich der geplanten Trajektorie mit der Patientenanatomie - robotischer Armpositionierung - Lagekontrolle und Dokumentation *Der Zuschlag nach Nummer 8592 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig, nicht je Schraube, Implantat, Segment oder Zugang.* *Der Zuschlag nach Nummer 8592 ist bei alleiniger präoperativer Planung ohne intraoperative robotisch assistierte Implantatpositionierung, bei reiner Navigation ohne Roboterarm-Unterstützung oder bei DaVinci-/Weichgewebe-Robotik nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 8592 ist neben weiteren Zuschlägen für dieselbe robotisch assistierte Planung, Registrierung, Navigation oder Implantatpositionierung nicht berechnunsfähig.* *Die jeweilige Wirbelsäulen-Hauptleistung bleibt gesondert berechnungsfähig.*	**50,00 €**
8593	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8593 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8594 oder 8595 nicht berechnungsfähig.* *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.* *In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.* *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 8593, 8594 oder 8595 berechnet werden.*	**48,71 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8594	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8594 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8593 oder 8595 nicht berechnungsfähig.* *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.* *In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.* *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 8593, 8594 oder 8595 berechnet werden.*	**180,64 €**
8595	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8595 ist für dasselbe Segment oder denselben Wirbelkörper neben der Leistung nach Nummer 8593 oder 8594 nicht berechnungsfähig.* *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.* *In der Rechnung ist anzugeben, welche Voroperation stattgefunden hat, damit das Rezidiv bzw. die Revision den berechneten Gebührennummern eindeutig zugeordnet werden kann.* *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 8593, 8594 oder 8595 berechnet werden.*	**350,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VII. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie 11.07

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 ortsständigem Gewebe - Spülungen - Anfrischen der Wundflächen - Wundrandmobilisierung - fixierendem Verband	**291,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8712	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8711 für die Anpassung und operative Befestigung einer Verbandsplatte oder Resektionsprothese** *Der Zuschlag nach Nummer 8712 ist neben der Leistung nach Nummer 9003 der GOZ für das Einbringen dentaler Implantate berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 8712 ist neben der Leistung nach Nummer 8739 berechnungsfähig.*	**104,22 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 8714 ist neben der Leistung nach Nummer 7922 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 8717 ist neben der Leistung nach Nummer 9070 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 8720 ist bei einem Rezidiv- oder Revisionseingriff nicht berechnungsfähig.*	**84,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 Muskelpräparation und -verlagerung	**431,29 €**
8728	**Plastisch-chirurgische Operation einer komplexen Gesichtsspalte** (z.B. schräge Gesichtsspalte), ggf. einschließlich Muskelpräparation 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Der Zuschlag nach Nummer 8731 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8737 nicht berechnungsfähig.*	**234,61 €**
8732	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 oder 8730 für zusätzliche Segmentierungen,** je Segment	**195,59 €**
8733	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729 oder 8730 für das Anbringen einer oder mehrerer Positionierungsplatte(n) zur Gelenkfixierung,** je Kiefergelenk	**130,40 €**
8734	**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 Breitnase, je Kieferhälfte	**158,24 €**
8735	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8730 für die partielle Unterkieferresektion,** je Kieferhälfte	**176,46 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
8742	**Befundauswertung und Planung einer Operation des Abschnitts L VII,** ggf. einschließlich digitaler Profilplanung *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8747	**Operation einer Kieferhöhlenzyste durch Zystektomie, einschließlich Eröffnung und Verschluss der Kieferhöhle** *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 9078 oder 9079 nicht berechnungsfähig.*	**326,24 €**
8748	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8747 für die Anlage eines Fensters der Kieferhöhle zur Nase** *Der Zuschlag nach Nummer 8748 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8749 nicht berechnungsfähig.*	**45,49 €**
8749	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8747 für Infundibulotomie** *Der Zuschlag nach Nummer 8749 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8748 nicht berechnungsfähig.*	**97,85 €**
8750	**Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung** *Die Leistung nach Nummer 8750 ist neben der Leistung für die regelhafte Blutstillung bei einer offen chirurgischen Operation nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 8756 ist neben der Leistung nach Nummer 3310 der GOZ nicht berechnungsfähig.*	**122,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 und/oder Arthroskopie eines Kiefergelenks mit mehr als einem Arbeitskanal** 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 Fasziengewebe - Maßnahmen an Bandstrukturen - Diskektomie *Die Leistung nach Nummer 8768 ist neben der Leistung nach Nummer 7922 nicht berechnungsfähig.*	**476,23 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 8771 ist neben der Leistung nach Nummer 8801, 8802 oder 8820 nicht berechnungsfähig.*	**372,64 €**
8772	**Versorgung einer Kiefergelenkfortsatzfraktur,** je funktioneller Einheit	**499,51 €**
8773	**Operative Versorgung einer Unterkieferfraktur, exklusive Gelenkfortsatz (übungsstabil),** je funktioneller Einheit	**441,16 €**
8774	**Operative Versorgung einer Unterkieferfraktur, exklusive Gelenkfortsatz (funktionsstabil),** je funktioneller Einheit	**441,16 €**
8775	**Operative Versorgung einer Fraktur im Kiefergelenkwalzenbereich (Capitulum) oder hohe Unterkieferkollumfraktur** *Die hohe Unterkieferkollumfraktur wie die Fraktur der Kiefergelenkwalze werden in der Regel über einen periaurikulären Zugang versorgt.*	**476,23 €**
8776	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8775 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 €**
8777	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8775 für einen transbukkalen Zugang zum Unterkiefer (ausgenommen Gelenkfortsatz)**	**65,20 €**
8778	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8775 für einen submandibulären, transoralen, retromandibulären, präaurikulären oder retroaurikulär (transmeatalen) Zugang zum Kiefergelenkfortsatz**	**65,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8779	**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 €**
8780	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8772 oder 8779 für eine Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur,** je eigenständige Osteotomielinie	**65,20 €**
8781	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für den transkonjunktivalen Zugang und Erweiterung zur lateralen Kanthotomie oder nach karunkulär** *Der Zuschlag nach Nummer 8781 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8783 nicht berechnungsfähig.*	**65,20 €**
8782	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für Erweiterung des knöchernen Zugangs zu in der Tiefe gelegenen Frakturen oder Verletzungen oder pterygomaxillärer Sprengung,** je eigenständige Osteotomielinie	**221,32 €**
8783	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für den transkonjunktivalen Zugang** *Der Zuschlag nach Nummer 8783 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8781 nicht berechnungsfähig.*	**65,20 €**
8784	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für einen transfazialen Zugang** als primären Zugang *Der Zuschlag nach Nummer 8784 ist nur berechnungsfähig, wenn mit der Leistung nach Nummer 8779 als erster Zugang ein enoraler Zugang ausgeführt wird.*	**65,20 €**
8785	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für jeden weiteren transfazialen Zugang** *Der Zuschlag nach Nummer 8785 ist nur berechnungsfähig, wenn mit der Leistung nach Nummer 8779 als primärer Zugang ein transfazialer Zugang ausgeführt wird.*	**65,20 €**
8786	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für einen weiteren enoralen Zugang zur Maxilla bei Frakturen des Mittelgesichts**	**65,20 €**
8787	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 für weitere Osteosynthese(n) im Naso-Orbito-Ethmoidal-Bereich oder für eine mediale und eine laterale Kanthopexie,** je Gesichtshälfte	**195,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8788	**Rekonstruktion einer Orbitabodenfraktur, ggf. einschließlich Implantation von alloplastischem Material zur Rekonstruktion des Orbitabodens**	**376,15 €**
8789	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 oder 8788 für eine Rekonstruktion der Periorbita in der medialen, kranialen oder lateralen Zirkumferenz,** einschließlich knöcherner Orbitawände	**207,75 €**
8790	**Operative Reposition und Fixation einer Stirnhöhlenvorderwandfraktur durch Osteosynthese,** je Seite *Die Leistung nach Nummer 8790 ist neben der Leistung nach Nummer 9091 nicht berechnungsfähig.*	**719,54 €**
8791	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779 oder 8790 für den kraniofazialen Zugang**	**294,59 €**
8792	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8790 für die operative Reposition und Fixation einer Stirnhöhlenhinterwandfraktur durch Osteosynthese,** je Seite	**211,05 €**
8793	**Versorgung einer isolierten Jochbogenfraktur durch Hakenzugreposition,** ggf. einschließlich speziellem Verband *Das Anlegen des speziellen Verbands (z.B. Pelotte) ist nach Nummer 8711 berechnungsfähig.* *Die Kosten für den speziellen Verband sind über § 10 berechnungsfähig.*	**107,12 €**
8794	**Versorgung einer isolierten Jochbogenfraktur durch operative osteosynthetische Versorgung**	**279,08 €**
8795	**Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen,** je zuvor osteosynthetisch versorgter Frakturspalte	**214,57 €**
8796	**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 €**
8797	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für einen extraoralen Zugang**	**181,78 €**
8798	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für die Osteosynthese und/oder Überbrückungsosteosynthese bei temporärer Unterkieferdurchtrennung**	**311,63 €**
8799	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für eine zusätzliche Resektion über den Primärtumor hinaus in den angrenzenden Bereich der Lippe, Wange oder Zunge**	**77,91 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8800	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für eine zusätzliche Resektion des Alveolarfortsatzes unter Erhalt der Unterkieferbasis zur vollständigen Entfernung eines Tumors im Bereich des Unterkiefers**	**259,69 €**
8801	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für eine zusätzliche Kontinuitätsresektion des Unterkiefers zur vollständigen Entfernung eines Tumors im Bereich des Unterkiefers**	**233,72 €**
8802	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 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 €**
8803	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für die Nervpräparation des N. alveolaris inferior aus dem Unterkieferknochen bei nerverhaltender Unterkieferresektion**	**245,75 €**
8804	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik** *Wird der Zuschlag nach Nummer 8804 neben einer Leistung für einen mikrochirurgischen Lappen berechnet, ist nur ein Drittel dieses Zuschlags berechnungsfähig.*	**313,28 €**
8805	**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 €**
8806	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796 oder 8805 für Wangenaufklappung (midfacial degloving)**	**362,04 €**
8807	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8805 für die Halbseitenresektion der Maxilla**	**270,32 €**
8808	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8805 für die totale Resektion der Maxilla (beidseitig)**	**405,48 €**
8809	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8805 für eine retromaxilläre oder schädelbasisnahe Tumorresektion einschließlich Schaffung von Zugangswegen und Osteotomie**	**378,93 €**
8810	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8805 für eine Neurolyse des N. facialis**	**154,47 €**
8811	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8805 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut- und/oder Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik** *Wird die Leistung nach Nummer 8811 neben einer Leistung für einen mikrochirurgischen Lappen berechnet, ist nur ein Drittel dieses Zuschlags berechnungsfähig.*	**325,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8812	**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 *Die Leistung nach Nummer 8812 ist für Lappen aus Haut-, Fett-, Muskel- und/oder Fasziengewebe berechnungsfähig.*	**1.987,43 €**
8813	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8812 für die regionale Defektdeckung durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik** *Der Zuschlag nach Nummer 8813 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 8811 nicht berechnungsfähig.*	**261,01 €**
8814	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8812 für die Hebung und Einbringung eines mikrovaskulär anastomosierten knöchernen, muskulär-knöchernen, osteomyokutanen oder osteoseptokutanen Lappens, einschließlich aller Osteosynthesen und Fixierungen**	**1.932,30 €**
8815	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8812 für die Versorgung des Entnahmedefektes durch lokale Haut-, Schleimhaut- und/oder Muskellappenplastik und/oder Spalthauttransplantat**	**191,00 €**
8816	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8812 für über das Maß der bloßen Defektdeckung hinausgehende besondere plastische Maßnahmen,** wie z.B. Mundwinkelrekonstruktion	**236,28 €**
8817	**Versorgung eines ausgedehnten Knochendefektes mit einem oder mehreren außerhalb des Aufbaugebietes entnommenen avaskulären Knochentransplantat(en),** ggf. einschließlich - Osteosynthese(n) - Überbrückungsplatte(n)	**606,63 €**
8818	**Lagerpräparation bei sekundärer Rekonstruktion,** ggf. einschließlich Präparation aller Anschlussgefäße	**288,99 €**
8819	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8796, 8805 oder 8818 für die Freilegung des Operationsgebietes bei tiefliegenden, anatomisch schwierig zu präparierenden Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich mit Osteotomie und anschließender Osteosynthese**	**407,89 €**
8820	**Kontinuitätsresektion des Unterkiefers bei Einbeziehung des Kiefergelenkköpfchens und/oder Verwendung einer Überbrückungsosteosynthese**	**211,65 €**
8821	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8795, 8796, 8805, 8812, 8817, 8818 oder 8820 nach einer Bestrahlung**	**222,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8822	**Einbringen von Implantaten an einem Gesichtsteil,** je Implantat	**268,77 €**
8823	**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 €**
8824	**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 €**
8825	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8779, 8823 oder 8824 für Resuspensionsverfahren des Gesichtsweichgewebemantels nach subperiostaler Ablösung,** je Seite und funktioneller Einheit (Stirn, Temporalregion oder Mittelgesicht)	**113,96 €**
8826	**Okzipitales Advancement,** einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen, ggf. einschließlich - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n), je Gesichtshälfte	**764,86 €**
8827	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8823, 8824 oder 8826 für das Einbringen und die Fixation eines intra- oder extraoralen Distraktors,** je Gesichtshälfte	**135,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8828	**Kalottenremodelling einfach,** ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	**325,12 €**
8829	**Kalottenremodelling komplex,** ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	**424,96 €**
8830	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736, 8738, 8768, 8769, 8770, 8779, 8823 oder 8829 für Interposition von autologem (Knochen), alloplastischem oder allogenem Material (Knochen und/oder Weichgewebe)** *Das interponierte autologe Material muss außerhalb des Operationsgebietes entnommen sein.*	**117,31 €**
8831	**Hypertelorismus-Operation,** ggf. einschließlich - Zugangsweg - Darstellung und Freilegung von anatomischen Strukturen - Entfernung von erkranktem Gewebe - Osteosynthese(n) - Rekonstruktion, je Gesichtshälfte	**855,51 €**
8832	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8824, 8826, 8828, 8829 oder 8831 für Galea-Periost-Lappenplastik**	**117,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8833	**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 €**
8834	**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 €**
8835	**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 kortikospongiösen Spans an einer oder mehreren Lokalisationen - Einbringen von allogenem und/oder alloplastischem Knochenersatzmaterial	**1.120,10 €**
8836	**Operative Entfernung eines sowohl retinierten als auch verlagerten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen**	**159,62 €**
8837	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8729, 8730, 8736, 8738, 8743, 8744, 8745, 8752, 8753, 8756, 8760, 8767, 8768, 8770, 8771, 8788, 8823, 8824, 8826, 8831 oder 8836 für Neurolyse und/oder Verlagerung eines Nervens,** je Kieferhälfte *Der Zuschlag nach Nummer 8837 ist bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**40,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8838	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8838 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.*	**19,02 €**
8839	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8839 ist neben der Leistung nach Nummer 8838 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.*	**41,78 €**
8840	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8840 ist neben der Leistung nach Nummer 8838 oder 8839 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.*	**94,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

VIII. Halschirurgie 11.08

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Nebenschilddrüsengewebe - 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 Nebenschilddrüsengewebe - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
8920	**Transzervikale mediastinale Lymphknotendissektion bei bösartigen Tumoren der Hals- und Mediastinalregion,** ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. reccurens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie - Reimplantation von Nebenschilddrüsengewebe - 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 Lymphknotendissektion bei bösartigen Tumoren der Hals- und Mediastinalregion,** einschließlich Sternotomie, ggf. einschließlich - intermittierendes Neuromonitoring - Darstellung des N. reccurens - Nebenschilddrüsendarstellung - Infiltrationsanästhesie - Reimplantation von Nebenschilddrüsengewebe - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**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 €**
8930	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 für Eröffnungs- und Verschlussleistung für mehr als 4 Level nach Robbins**	**57,54 €**
8931	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 für die Resektion des M. sternocleidomastoideus**	**82,38 €**
8932	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 für die Unterbindung der V. jugularis interna**	**41,19 €**
8933	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 für die Operation nach erfolgter Radiotherapie und/oder Chemotherapie**	**164,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
8934	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 für die Verlagerung und Neueinbettung eines weiteren in den Leistungen nicht genannten Hirnnerven bei einer Neck dissection,** je Nerv *Verläuft ein Nerv über mehrere Level, ist der Zuschlag nur einmal berechnungsfähig.*	**51,90 €**
8935	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 8924, 8925, 8926, 8927, 8928 oder 8929 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 8929 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** *Der Zuschlag nach Nummer 8937 ist neben der Leistung nach Nummer 8938 oder 8939 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.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8938 ist neben der Leistung nach Nummer 8937 oder 8939 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.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 8939 ist neben der Leistung nach Nummer 8937 oder 8938 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.*	**162,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

IX. HNO-Chirurgie 11.09

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 9001 ist neben der Leistung nach Nummer 9014 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9004	**Wundversorgung mehrschichtig an der Ohrmuschel,** ggf. einschließlich - Ohrmikroskopie - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Ohrschmalzentfernung, je Seite *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.*	**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 *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9013	**Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges bei Stenosen,** ggf. einschließlich - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Hautexzisionen - Knorpelexzisionen - 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 *Die Leistung nach Nummer 9014 ist neben der Leistung nach Nummer 9001 nicht berechnungsfähig.*	**198,75 €**
9015	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9014 für Operation eines Gehörgangscholesteatoms, einer Stenose oder eines Tumors,** ggf. einschließlich - Knochenexzisionen - Knorpelexzisionen - lokale Hautplastiken *Eine retroaurikuläre Spalthautentnahme oder eine sonstige Spalthautentnahme außerhalb des Operationsgebietes der Leistung nach Nummer 9015 ist gesondert berechnungsfähig.* *Die Defektdeckung (Einnähen des Spalthauttransplantates) ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 9015 und ist nicht gesondert berechnungsfähig.*	**263,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *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.*	**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 - Knorpelexzisionen - Knochenexzisionen - Knorpelinzisionen - Hautplastiken, je Seite *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.*	**419,77 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Knorpelexzisionen - Knochenexzisionen - Lappenmodellierung - Lappenanpassung - Einbringen von Platzhalter(n) - Einlage von Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite *Bei mehrzeitigem Vorgehen ist die Leistung nach Nummer 9018 je Sitzung für jede Seite berechnungsfähig.* *Eine retroaurikuläre Spalthautentnahme oder eine sonstige Spalthautentnahme außerhalb des Operationsgebietes der Leistung nach Nummer 9018 ist gesondert berechnungsfähig.* *Die Defektdeckung (Einnähen des Spalthauttransplantates) ist Bestandteil der Leistung nach Nummer 9018 und ist nicht gesondert berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 9020 ist neben der Leistung nach Nummer 5004 nicht berechnungsfähig.*	**106,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Perichondriumentnahme im Ohrbereich und Versorgung der Entnahmestelle - Fixation mit Fibrinkleber - Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite	**552,44 €**
9023	**Tympanoplastik Typ II bis IV mit Trommelfell- und/oder Gehörknöchelchenketten-Rekonstruktion,** ggf. einschließlich - Einbringung allogenen/alloplastischen Materials (z.B. Prothese) - Ohrmikroskopie - Ohrschmalzentfernung - Einbringung von Arzneimitteln - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Bildung tympanomeataler Lappen - Faszien- oder Perichondriumentnahme im Ohrbereich und Versorgung der Entnahmestelle - Silikonfolie - Gehörgangstamponade, je Seite	**929,16 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9024	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9022 und 9023 für Antrotomie,** ggf. einschließlich - Eröffnen der Kortikalis - Darstellung der Dura und des Bogenganges - Ausräumen des Mastoids - Fazialiskanaldarstellung - Spülung Wundgebiet, je Seite	**143,98 €**
9025	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9023 für Attikotomie oder Attikoantrotomie (vom Gehörgang aus),** ggf. einschließlich Spülung Wundgebiet, je Seite	**95,99 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Rekonstruktion des N. facialis ist neben der Leistung nach Nummer 9032 gesondert berechnungsfähig.*	**426,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Endolymphe 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 Vasokonstriktorenzusatz - Gehörknöchelchenextraktion(en) und Cochleostomie(n) - ECAP-Messungen - Impedanzmessung *Weitere intraoperative Funktionsmessungen sind gesondert berechnungsfähig.*	**2.699,09 €**
9045	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9044 für die Erbringung bei einem Kind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 9045 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.*	**193,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Vasokonstriktorenzusatz - 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 €**
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 Mikrofones - 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 Mikrofones	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 - Lappenausfomung(en) - Gerüstrekonstruktion - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Lappeneinpassung - Nasentamponade, je Sitzung	**1.189,26 €**
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 - Lappenausfomung(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 *Die Leistung nach Nummer 9062 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**81,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 9063 ist für die Operation an derselben Muschel neben der Leistung nach Nummer 9064 nicht berechnungsfähig.*	**131,34 €**
9064	**Turbinoplastik (z.B. Conchoplastik, submuköse Conchotomie) an einer Nasenmuschel,** ggf. einschließlich - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Nasentamponade *Die Leistung nach Nummer 9064 ist für die Operation an derselben Muschel neben der Leistung nach Nummer 9063 nicht berechnungsfähig.*	**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 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 €**
9067	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9068	**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 €**
9069	**Submuköse Resektion des Nasenseptums,** ggf. einschließlich - Septumschienung - Tamponade - Endoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Entfernung von Knorpel und/oder Knochen	**210,44 €**
9070	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9071	**Septorhinoplastik zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung und der äußeren Form der Nase, auch unter Einschluss des Nasenbodens und/oder des knorpeligen und knöchernen Nasengerüstes 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 *Die Leistung nach Nummer 9071 ist neben der Leistung nach Nummer 9069, 9070 oder 9072 nicht berechnungsfähig.*	**498,53 €**
9072	**Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren, knöchernen und knorpeligen Nase (Septorhinoplastik) auch unter Einschluss des Nasenbodens und/oder des knorpeligen und knöchernen Nasengerüstes 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 - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie *Die Leistung nach Nummer 9072 ist neben der Leistung nach Nummer 9069, 9070 oder 9071 nicht berechnungsfähig.*	**774,38 €**
9073	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9071 oder 9072 für äußere Formkorrektur an den Knorpeln der Nasenspitze und den Zugang der offenen (Septo)-Rhinoplastik**	**158,09 €**
9074	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9071 oder 9072 für die Transplantation von intraoperativ entnommenem Ohrknorpel**	**78,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9075	**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 €**
9076	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9075 für transpalatinalen Zugangsweg,** ggf. einschließlich - Bildung eines palatinal-posterior gestielten Schleimhaut-Periost-Lappens - Entfernung Knochen harter Gaumen	**221,75 €**
9077	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9075 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 *Der Zuschlag nach Nummer 9077 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9076, 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.*	**239,74 €**
9078	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9079	**Operative Eröffnung und/oder Ausräumung der Kieferhöhle einer Seite von der Nase aus oder durch einen prälakrimalen transnasalen Zugang** ggf. einschließlich - zusätzlicher Fensterung(en) - Abschwellen der Nase - Absaugen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Knochenentfernung - Endoskopie	**156,57 €**
9080	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9065 oder 9079 für den Zugang über laterale Rhinotomie oder midface-degloving-approach oder einer medialen Maxillektomie,** ggf. einschließlich Entfernung von Knochen	**173,72 €**
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
9088	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9065, 9078, 9082 oder 9087 für das osteoplastische Vorgehen,** ggf. einschließlich Osteosynthese	**78,46 €**
9089	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9087 für Radikaloperation mit Resektion von Stirnhöhlenboden und -vorderwand**	**127,91 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9090	**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 €**
9091	**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 €**
9092	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9078, 9079, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087 oder 9091 für osteoplastisches Vorgehen: Entnahme der knöchernen Kieferhöhlenvorderwand oder Entnahme von Knochen an der Stirnhöhle, Replantation**	**173,72 €**
9093	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9091 für Zugang über einen Bügelschnitt (bifrontaler Galealappen-Zugang)**	**173,72 €**
9094	**Mediandrainage der Stirnhöhlen,** einschließlich - Eröffnung beider Stirnhöhlen - Resektion des Stirnhöhlenbodens, ggf. des kranialen Nasenseptums - Schaffen einer breiten beidseitigen Drainage zu den Nasenhaupthöhlen	**302,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9095	**Ballonsinuplastie,** ggf. einschließlich - Rhinoskopie - Abschwellen der Nase - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Endoskopie - Bougierung/Sondierung Zugänge Nasennebenhöhle(n) - Nasentamponade	**299,70 €**
9096	**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 *Die Leistung nach Nummer 9096 ist im zeitlichen Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen nicht berechnungsfähig.*	**40,59 €**
9097	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9078, 9079, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087, 9090, 9091 oder 9096 für die Abdeckung der Schädelbasis bzw. der Deckung einer Liquorfistel von endonasal**	**139,15 €**
9098	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9078, 9079, 9081, 9082, 9084, 9085, 9087, 9090, 9091 oder 9096 für die Abdeckung der Schädelbasis bzw. der Deckung einer Liquorfistel von extranasal**	**137,05 €**
9099	**Adenotomie,** ggf. einschließlich - Lasereinsatz - Shaver - Elektrochirurgie	**165,00 €**
9100	**Entfernung einer Neubildung im Epipharynx, auf den Epipharynx beschränkt** *Die Leistung nach Nummer 9100 ist neben der Leistung nach Nummer 9099 nicht berechnungsfähig.*	**299,70 €**
9101	**Partielle transzervikale Resektion des Oro- oder Hypopharynx,** ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einlegen einer Magensonde - lokale Schleimhautlappenverschiebeplastik/Lappenbildung	**619,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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	**700,41 €**
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	**959,64 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
9122	**(Teil-)Entfernung einer Lippenspeicheldrüse oder eines enoral gelegenen Lippentumors,** ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie *Die Lippe zählt zur Haut, auch enoral.*	**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	**1.450,46 €**
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	**1.633,09 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9127	**Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, 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 €**
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 Oberlächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**378,19 €**
9133	**Plastische Versorgung mit lokaler Schleimhaut an Pharynx oder Kehlkopf oder Trachea oder Nase oder Nasennebenhöhlen, auch unter Lasereinsatz,** ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einlegen einer Magensonde - Schleimhautlappenverschiebeplastik/Lappenbildung - Lappeneinpassung und Modellierung	**413,78 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9134	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für den Anschluss eines Magenhochzugs am Pharynx**	**328,65 €**
9135	**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 €**
9136	**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 €**
9137	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9133 für mikrovaskulär anastomosiertes Transplantat (z.B. Unterarmlappen),** einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Vorbereiten des Lappenlagers - funktionell orientierte Einarbeitung des Lappens	**914,05 €**
9138	**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 €**
9139	**Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich, transoral, mikroskopisch und/oder endoskopisch,** ggf. einschließlich - Lasereinsatz - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Probeexzision(en)	**348,73 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9140	**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 €**
9141	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9139 oder 9140 für das Einbringen eines Platzhalters**	**69,57 €**
9142	**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 €**
9143	**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	**860,65 €**
9144	**Totalexstirpation des Kehlkopfes, auch unter Anwendung eines Operationsmikroskops,** ggf. einschließlich - Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**1.272,91 €**
9145	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9143 oder 9144 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	**262,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9146	**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 €**
9147	**Einführung einer Silastikendoprothese oder eines Platzhalters in den Larynx- oder Trachealbereich,** ggf. einschließlich - Schwebe- oder Stützlaryngoskopie - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**212,73 €**
9148	**Endoskopische, offen chirurgische oder transkutane Instillation(en) für die Brachytherapie im Kopf-Hals-Bereich,** ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**331,61 €**
9149	**Operative Augmentation bei laryngo-trachealer Stenose durch Rippenknorpelplastik oder Plastik mit anderem Knorpel von zervikal,** einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Spaltung der Trachea *Die Leistung nach Nummer 9149 ist neben der Leistung nach Nummer 9150 oder 9151 nicht berechnungsfähig.*	**694,75 €**
9150	**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 *Die Leistung nach Nummer 9150 ist neben der Leistung nach Nummer 9149 oder 9151 nicht berechnungsfähig.*	**269,96 €**
9151	**Operative Rekonstruktion der Trachea von außen oder Tracheaquerresektion mit Re-Anastomose,** einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Skelettierung/Mobilisierung der Trachea *Die Leistung nach Nummer 9151 ist neben der Leistung nach Nummer 9149 oder 9150 nicht berechnungsfähig.*	**1.504,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9152	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9010, 9011, 9012, 9022, 9023, 9031, 9033, 9042, 9058, 9059, 9067, 9070, 9071, 9072, 9146 oder 9151 für die Entnahme Nasenseptum oder Ohrknorpel,** einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**114,59 €**
9153	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9010, 9011, 9012, 9058, 9059, 9067, 9068, 9070, 9071, 9072, 9091, 9142, 9146 oder 9151 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 €**
9154	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9151 für Mitresektion von Anteilen des Ringknorpels, crico-tracheale Resektion**	**413,78 €**
9155	**Anlage einer pharyngotrachealen Sprechfistel und/oder Einlage einer Stimmprothese,** ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**215,85 €**
9156	**Entfernung und/oder Wechsel einer Stimmprothese,** ggf. einschließlich Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie	**115,52 €**
9157	**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 €**
9158	**Nicht epithelisierte, temporäre Tracheotomie oder Dilatationstracheotomie,** ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Positionierung der Trachealkanüle über den Seldingerdraht - Entfernung des Drahtes	**179,02 €**
9159	**Koniotomie (Interkrikothyreotomie),** ggf. einschließlich - Oberflächen- und/oder Infiltrationsanästhesie - Einführen der Trachealkanüle	**198,75 €**
9160	**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 €**
9161	**Phonomikrochirurgischer Eingriff bei Erkrankungen des Reinke'schen Raumes, z.B. bei Zysten, Reinkeödemen, Sulcus vocalis unter Rekonstruktion der schwingenden Anteile der Lamina propria zur Wiederherstellung der Stimmfunktionen**	**422,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9162	**Phonochirurgischer Eingriff an den Stimmlippen (z.B. Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen) am wachen Patienten/ohne Narkose,** einschließlich Lokalanästhesie	**198,75 €**
9163	**Phonochirurgischer Eingriff zur Stimmfeminisierung beim Mann-Frau-Transsexualismus (z.B. Glottoplastik, Thyroplastik Typ IV)**	**388,45 €**
9164	**Phonochirurgischer Eingriff zur Behandlung der Stimmlippeninsuffizienz mittels Implantation von autologem Fettgewebe in eine/beide Stimmlippen,** einschließlich Entnahme und Aufbereitung des subkutanen Fettgewebes	**529,00 €**
9165	**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 *Der operative Zugangsweg zur Orbita (Orbitotomie) ist gesondert berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 9165 ist neben der Leistung nach Nummer 9170 oder 10388 nicht berechnungsfähig.*	**904,77 €**
9166	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9165 für laterale Orbitotomie,** ggf. einschließlich temporärer Entnahme einer Knochenspange am lateralen Orbitarand und an der lateralen Orbitawand mit anschließendem Wiedereinsetzen und Osteosynthese	**104,36 €**
9167	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9165 für anteriore Orbitotomie,** ggf. einschließlich Rekonstruktion des M. orbicularis oculi und des Septum orbitae	**57,98 €**
9168	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9165 für mediane Orbitotomie,** ggf. einschließlich - Resektion der Lamina papyracea - Eröffnung bzw. Resektion der Periorbita	**57,98 €**
9169	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9165 für transantrale Orbitotomie,** ggf. einschließlich - Eröffnung der Kieferhöhle - teilweise Resektion und evtl. Rekonstruktion des Orbitabodens - Neurolyse des N. infraorbitalis	**284,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9170	**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 *Die Leistung nach Nummer 9170 ist neben der Leistung nach Nummer 9165 oder 10388 nicht berechnungsfähig.*	**651,51 €**
9171	**Dekompression des N. opticus,** ggf. einschließlich - Entfernung der knöchernen Wandung des Nervenkanals - Freilegung des Nervens - Schlitzung der Durascheide	**620,09 €**
9172	**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 €**
9173	**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	**1.132,59 €**
9174	**Planung und Vorbereitung eines CAD-geplanten alloplastischen Materials für den Knochenersatz im Gesichtsschädel und Hirnschädel (exklusive notwendige Röntgenleistungen), je Implantat**	**73,52 €**
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** *Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, sofern der Einsatz eines Lasers nicht in der Leistungslegende der operativen Leistung inklusive ihrer Teilleistungen aufgeführt ist.*	**37,90 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9177	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9177 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.*	**22,46 €**
9178	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9178 ist neben der Leistung nach Nummer 9177 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.*	**49,31 €**
9179	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9179 ist neben der Leistung nach Nummer 9177 oder 9178 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.*	**123,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9300	**Operative Stabilisierung einer Brustwandseite, bis zu vier stabilisierten Rippen** *Die Osteosynthese(n) sind über die Leistungen nach Abschnitt L II berechnungsfähig.*	**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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
9330	**Offen chirurgisch inkomplette Dekortikation der Lunge, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Thoraxdrainage(n) - Adhäsiolyse, je Seite	**655,60 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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)** *Der Zuschlag nach Nummer 9340 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9342 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9342 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9340 nicht berechnungsfähig.*	**264,22 €**
9343	**Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**367,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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) *Die Leistung nach Nummer 9345 ist neben der Leistung nach Nummer 9346 nicht berechnungsfähig.*	**679,34 €**
9346	**Thorakoskopische Keilresektion (atypische Resektion) der Lunge,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n) *Die Leistung nach Nummer 9346 ist neben der Leistung nach Nummer 9345 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9351	**Offen chirurgische Bilobektomie der Lunge,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**1.051,92 €**
9352	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9351 für jede offen chirurgische Keilresektion an der Lunge,** ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n) *Der Zuschlag nach Nummer 9352 ist mehrfach berechnungsfähig.*	**218,05 €**
9353	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9351 für jede thorakoskopische Keilresektion an der Lunge,** ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n) *Der Zuschlag nach Nummer 9353 ist mehrfach berechnungsfähig.*	**65,41 €**
9354	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350 oder 9351 für zusätzliche Segmentresektion,** je entferntem Segment	**196,24 €**
9355	**Thorakoskopische Bilobektomie der Lunge,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**974,99 €**
9356	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351 oder 9355 für Pleurodese**	**87,22 €**
9357	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351 oder 9355 für das Anzügeln der zentralen Pulmonalarterie (Shuntreduzierung)**	**50,26 €**
9358	**Offen chirurgische Pneumonektomie,** ggf. einschließlich - Bronchusstumpfverschluss mit Pleura- oder Muskellappen - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**919,82 €**
9359	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9320, 9321, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9355 oder 9358 für Eingriff beim Kind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr** *Der Zuschlag nach Nummer 9359 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 5503, 5504 oder 5505 nicht berechnungsfähig.*	**190,06 €**
9360	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9324, 9326, 9335, 9337, 9339, 9343, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9351 oder 9358 für Teildekortikation der Lunge, offen chirurgisch,**	**174,44 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9361	**Thorakoskopische Pneumonektomie,** einschließlich Bronchusstumpfverschluss mit Pleura- oder Muskellappen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**824,19 €**
9362	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9322, 9323, 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für die zusätzliche Neurolyse(n) des N. phrenicus und/oder N. vagus und/oder N. recurrens**	**65,41 €**
9363	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 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 €**
9364	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9365	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 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 €**
9366	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für Teildekortikation der Lunge,** je Seite	**196,24 €**
9367	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9346, 9348, 9350, 9355 oder 9361 für mediastinale ipsilaterale Lymphknotendissektion (N2)**	**143,55 €**
9368	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für Perikard(teil)resektion** *Der Zuschlag nach Nummer 9368 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9405 nicht berechnungsfähig.*	**87,22 €**
9369	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für Omentum majus-Transposition**	**523,32 €**
9370	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für eine Vorhofteilresektion,** ggf. einschließlich Eingriff am Perikard *Der Zuschlag nach Nummer 9370 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9368 nicht berechnungsfähig.*	**130,83 €**
9371	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für einen rekonstruktiven Eingriff an der V. cava mit Cavaresektion und ggf. Interponat bei erworbener Stenose oder Verschluss**	**610,54 €**
9372	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für eine partielle Brustwandresektion**	**130,83 €**
9373	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für einen zusätzlichen Eingriff am Ösophagus (z.B. Tangentialresektion und/oder -rekonstruktion)**	**261,66 €**
9374	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für eine plastische Deckung mit Fremdmaterial**	**130,83 €**
9375	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für die Rekonstruktion der V. anonyma**	**196,24 €**
9376	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9358 oder 9361 für Interkostalmuskel- oder Zwerchfellflap**	**174,44 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9377	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9358 oder 9361 für komplette parietale Pleurektomie** *Der Zuschlag nach Nummer 9377 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9360 oder 9366 nicht berechnungsfähig.*	**201,05 €**
9378	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9358 oder 9361 für Bifurkationsresektion**	**224,93 €**
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, 9351, 9355, 9358, 9361 oder 9380 für separat und gezielt durchgeführte, radikale, systematische mediastinale Lymphknotendissektion,** 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 *Der Zuschlag nach Nummer 9381 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 9381 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10637 oder 10805 nicht berechnungsfähig.*	**174,44 €**
9382	**Isolierte Bronchusresektion mit Anastomosierung ohne Lungenresektion,** ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	**787,71 €**
9383	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 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 Lymphknotendissektion (VAMLA),** einschließlich Darstellung der Lymphknotenstationen (paratracheal beidseits (2), tracheobronchial beidseits (4), infracarinal (7))	**647,87 €**
9386	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9385 für erweitere Mediastinoskopie (Ginsberg/Specht),** einschließlich Darstellung der Lymphknotenstationen 5 und 6 links	**107,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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), beim Lebendspender**	**846,00 €**
9396	**Explantation eines (Teil)-Spenderorgans für Lungentransplantation, beim Lebendspender**	**1.276,72 €**
9397	**Lungenimplantation, einseitig: Pneumonektomie und Implantation beim Empfänger,** einschließlich - Präparation des Spenderorgans - erforderliche Gefäß- und Bronchusanastomosen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**6.030,00 €**
9398	**Lungenimplantation, beidseitig: Pneumonektomie und Implantation beim Empfänger,** einschließlich - Präparation des Spenderorgans - erforderliche Gefäß- und Bronchusanastomosen, ggf. einschließlich - Adhäsiolyse - Thoraxdrainage(n)	**6.700,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9399	**Offen chirurgische Resektion eines Pleuratumors,** ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	**523,49 €**
9400	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9347, 9349, 9351 oder 9399 für lokoregionale Lymphknotendissektion (N1)**	**130,83 €**
9401	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9399 für die komplette, ipsilaterale Pleurektomie**	**150,79 €**
9402	**Thorakoskopische Resektion eines Pleuratumors,** ggf. einschließlich Thoraxdrainage(n)	**535,39 €**
9403	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9346, 9348, 9350, 9355 oder 9402 für lokoregionale Lymphknotendissektion (N1)**	**107,66 €**
9404	**Extrapleurale Pleuropneumonektomie mit Perikard- und Zwerchfellresektion,** einschließlich Zwerchfellersatz, ggf. einschließlich - intraperikardialer Gefäßversorgung - Thoraxdrainage(n)	**1.448,25 €**
9405	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9324, 9326, 9335, 9337, 9339, 9343, 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9355, 9358, 9361 oder 9404 für Eingriff am Perikard mit zusätzlichem Perikardersatz** *Der Zuschlag nach Nummer 9405 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9368 nicht berechnungsfähig.*	**130,83 €**
9406	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9346, 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9352, 9355, 9358, 9361 oder 9404 für partielle Pleurektomie,** je Seite	**109,02 €**
9407	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9345, 9347, 9349, 9351, 9358 oder 9404 für mediastinale ipsilaterale Lymphknotendissektion (N2)**	**130,83 €**
9408	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9349, 9350, 9351, 9355, 9358, 9361 oder 9404 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, 9351, 9355, 9358, 9361 oder 9404 für die Anlage einer Gefäßmanschette und/oder Patchplastik und/oder Prothese**	**174,44 €**
9410	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9347, 9348, 9351, 9355, 9361 oder 9404 für die Anlage einer Gefäßtangentialnaht**	**87,22 €**
9411	**Spülung des Pleuraraumes bei liegender Thoraxdrainage,** ggf. einschließlich Einbringung von Arzneimitteln	**77,42 €**
9412	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L X für erweiterte Adhäsiolyse/Pleurolyse, bei Zustand nach Trauma, Pneumonie, Radiatio, Induktions-Chemotherapie**	**253,99 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9413	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9413 ist neben der Leistung nach Nummer 9414 oder 9415 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.*	**81,29 €**
9414	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9414 ist neben der Leistung nach Nummer 9413 oder 9415 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.*	**136,33 €**
9415	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9415 ist neben der Leistung nach Nummer 9413 oder 9414 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.*	**205,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XI. Herzchirurgie 11.11

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9527	**Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch subkommissurale Nähte und/oder Raffung des Klappenrings**	**505,08 €**
9528	**Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch Taschenklappenplastik** *Die Leistung nach Nummer 9528 ist neben der Leistung nach Nummer 9529 nicht berechnungsfähig.*	**505,08 €**
9529	**Offen chirurgische Rekonstruktion der Aortenklappe durch kompletten Aufbau der Taschenklappen mit autologem Perikard oder Xenograft Material** (z.B. Ozaki-Operation) *Die Leistung nach Nummer 9529 ist neben der Leistung nach Nummer 9528 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Kathetergestütze Implantation einer Aortenklappe,** einschließlich Thorakotomie, Valvuloplastie und hochfrequenter Stimulation der Herzkammer *Die Leistung nach Nummer 9533 ist neben der Leistung nach Nummer 3001 oder 3010 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9535 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9537 nicht berechnungsfähig.*	**182,74 €**
9536	**Operativer Ersatz einer Aortenklappe einschließlich Kalkentfernung**	**555,59 €**
9537	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9536 für subkoronaren Aortenklappenersatz bzw. Aortenwurzelersatz** *Der Zuschlag nach Nummer 9537 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9535 nicht berechnungsfähig.*	**730,96 €**
9538	**Operativer Ersatz einer Pulmonalisklappe**	**493,86 €**
9539	**Zuschlag für die plastische Verkleinerung der Aorta ascendens im Rahmen einer anderen Operation, außer bei prothetischem Ersatz**	**152,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9540	**Ersatz der Aortenklappe und der Aorta ascendens mit klappentragendem Conduit und Reimplantation der Koronararterien**	**1.683,60 €**
9541	**Isolierter Ersatz der Aorta ascendens bei Aneurysma,** einschließlich Reimplantation der Koronararterien *Die Leistung nach Nummer 9541 ist neben der Leistung nach Nummer 9530 oder 9540 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Implantation eines Herzens beim Empfänger,** einschließlich Präparation des Spenderorgans und Explantation des geschädigten Organs oder Kunstherzens oder Retransplantation nach Abstoßungsreaktion mit Explantation des abgestoßenen Organs	**5.500,00 €**
9548	**En-bloc-Implantation von Herz und Lungen beim Empfänger,** einschließlich Präparation der Spenderorgane und Explantation der geschädigten Organe	**7.150,00 €**
9549	**Offen chirurgische Pericarddrainage, als selbständige Leistung,** z.B. bei ausgeprägtem Perikarderguss oder Perikardtamponade *Die Leistung nach Nummer 9549 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.*	**283,41 €**
9550	**Offen chirurgische oder thorakoskopische partielle Perikardektomie, als selbständige Leistung** (z.B. bei Panzerherz) *Die Leistung nach Nummer 9550 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.*	**740,78 €**
9551	**Offen chirurgische oder thorakoskopische Perikardektomie, subtotal oder total, als selbständige Leistung** *Die Leistung nach Nummer 9551 ist neben der Leistung nach Nummer 9500 nicht berechnungsfähig.*	**864,25 €**
9552	**Naht einer Myokardverletzung, als selbständige Leistung**	**373,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9553	**Myokardbiopsie, endomyokardial oder transvenös**	**207,83 €**
9554	**Operative Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur,** z.B. bei hyperthropher Kardiomyopathie	**276,36 €**
9555	**Offen chirurgische Entfernung eines Fremdkörpers aus den Herzhöhlen oder aus den herznahen Gefäßen, auch Thromb- oder (Pulmonalis-) Embolektomie, als selbständige Leistung**	**493,86 €**
9556	**Offen chirurgische Entfernung eines Tumors aus einer Herzhöhle,** ggf. einschließlich erforderlichem Patchersatz	**617,32 €**
9557	**Ausschalten eines Ventrikelaneurysmas,** ggf. einschließlich Aneurysmaresektion und Patchplastik	**493,86 €**
9558	**Operativer Verschluss eines erworbenen Herzkammerscheidewanddefektes oder einer erworbenen Herzkammerperforation mittels Patchplastik und/oder direkter Naht**	**373,20 €**
9559	**Sternumrevision und/oder Debridement,** ggf. einschließlich - Spül- und/oder Drainagebehandlung	**336,72 €**
9560	**Sternumrevision und -stabilisation bei instabilem Sternum,** ggf. einschließlich Spül- und/oder Drainagebehandlung	**448,96 €**
9561	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9560 für Verschiebelappenplastik oder Muskeltransplantation**	**336,72 €**
9562	**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) *Die Leistung nach Nummer 9562 ist neben der Leistung nach Nummer 9509 nicht berechnungsfähig.*	**841,80 €**
9563	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 für die Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen weiteren arteriellen oder venösen Bypass,** je Bypass	**182,74 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9564	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 für das Einbringen eines Stabilisierungssystems am Herzen,** z.B. OPCAB, je Bypass	**60,91 €**
9565	**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 €**
9566	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 oder 9565 für das Anlegen einer Patchplastik an einem Herzkranzgefäß**	**121,83 €**
9567	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 oder 9565 für mehrfache Anastomosen mit einem Graft,** pro zusätzlich erfolgter Anastomose	**121,83 €**
9568	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9562 oder 9565 für endoskopische Entnahme eines arteriellen oder venösen Grafts**	**182,74 €**
9569	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9565 für die Revaskularisation eines Herzkranzgefäßes durch einen weiteren arteriellen oder venösen Bypass,** je Bypass	**182,74 €**
9570	**Operative Revision eines Bypasses an den Herzkranzgefäßen ohne Bypassneuanlage,** einschließlich Flussmessungen	**311,47 €**
9571	**Operation an den Herzkranzgefäßen** (z.B. Naht nach Verletzung, Ausschaltung eines Aneurysmas, Verschluss einer erworbenen koronaren Fistel)	**404,06 €**
9572	**Thrombendarteriektomie der linken oder rechten Koronararterie und/oder deren Seitenarme**	**218,87 €**
9573	**Offen chirurgische Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe einschließlich Röntgenkontrolle und Redondrainage**	**493,86 €**
9574	**Offen chirurgische Explantation einer intraaortalen Ballonpumpe,** einschließlich Naht-, Schleusenentfernung und Druckverband	**404,06 €**
9575	**Offen chirurgische Implantation von katheterbasierten herzunterstützenden Systemen** (z.B. Impella)	**679,05 €**
9576	**Offen chirurgische Implantation von parakorporalen Systemen (univentrikulär)**	**1.046,64 €**
9577	**Offen chirurgische Implantation von intrakorporalen Systemen (univentrikulär)**	**864,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9578	**Offen chirurgische Implantation von parakorporalen Systemen (biventrikulär)**	**1.599,42 €**
9579	**Offen chirurgische Implantation von intrakorporalen Systemen (biventrikulär)**	**1.355,30 €**
9580	**Offen chirurgische Implantation eines Kunstherzens**	**1.599,42 €**
9581	**Offen chirurgische Explantation von parakorporalen Systemen (univentrikulär)**	**864,25 €**
9582	**Offen chirurgische Explantation von parakorporalen Systemen (biventrikulär)**	**1.046,64 €**
9583	**Offen chirurgische Explantation von intrakorporalen Systemen (univentrikulär)**	**864,25 €**
9584	**Offen chirurgische Explantation von intrakorporalen Systemen (biventrikulär)**	**1.046,64 €**
9585	**Offen chirurgischer Wechsel eines Pumpenkopfes bei einem extrakorporalen herzunterstützenden System,** je Pumpenkopf	**276,36 €**
9586	**Anwendung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe (mit Membranoxygenator),** einschließlich Explantation, Extremitätenkanülierung und Revision der Kanülierung, veno-venös	**590,30 €**
9587	**Offen chirurgische Valvulotomie einer Herzklappe,** einschließlich Exploration, ggf. einschließlich Thrombektomie	**493,86 €**
9588	**Bilaterale pulmonale Thrombendarteriektomie bei chronischer thrombembolisch bedingter pulmonaler Hypertonie**	**1.231,83 €**
9589	**Operative Rekonstruktion eines angeborenen Vitiums einer Herzklappe**	**864,25 €**
9590	**Operativer Ersatz einer Herzklappe bei angeborenem Vitium einer Herzklappe**	**679,05 €**
9591	**Implantation einer Pulmonalklappe endovaskulär oder transventrikulär ohne Gefäßersatz**	**680,99 €**
9592	**Operativer Verschluss eines angeborenen Vorhofseptumdefektes oder Sinus venosus-Defektes**	**589,26 €**
9593	**Offen chirurgische Anlage eines Vorhofseptumdefektes**	**171,56 €**
9594	**Korrektur einer partiellen Lungenvenenfehlmündung,** ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 9593	**1.429,63 €**
9595	**Korrektur einer totalen Lungenvenenfehlmündung,** einschließlich der Leistung nach Nummer 9592	**2.287,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9596	**Korrektur eines Cor triatriatum,** einschließlich der Leistung nach Nummer 9592 und/oder 9593	**1.122,40 €**
9597	**Operativer Verschluss eines angeborenen Herzkammerscheidewanddefektes**	**679,05 €**
9598	**Operativer Verschluss multipler angeborener Herzkammerscheidewanddefekte**	**864,25 €**
9599	**Operatives Ausschalten eines partiellen AV-Kanals**	**679,05 €**
9600	**Operatives Ausschalten eines totalen AV-Kanals**	**864,25 €**
9601	**Anlegen eines Shunts zwischen Aorta, A. subclavia oder Truncus brachiocephalicus und dem Pulmonalarteriensystem**	**311,47 €**
9602	**Operative Korrektur einer Fallot-Tetralogie durch Verschluss des Ventrikelseptumdefektes, Erweiterung der rechtsventrikulären Ausflussbahn, Kommisurotomie der Pulmonalklappe und fakultative transanuläre Patchplastik**	**2.287,41 €**
9603	**Korrektur eines absent pulmonary valve syndroms (APVC) mit klappentragendem Conduit,** ggf. einschließlich Reduktionsplastik der Pulmonalarterien	**740,78 €**
9604	**Ersatz des rechtsventrikulären Ausflusstraktes durch Conduit oder operative Implantation einer Herzklappe bei Klappenneuanlage**	**589,26 €**
9605	**Rekonstruktion des rechtsventrikulären Ausflusstraktes bei Obstruktion mittels Patchplastik**	**514,67 €**
9606	**Rekonstruktion der Lungenschlagader bei Pulmonalatresie mit Unterbindung der aortopulmonalen Kollateralen oder Reimplantation derselben in das Pulmonalateriensystem (Unifokalisation),** einschließlich operativer Implantation einer Herzklappe oder eines Conduits, ggf. einschließlich Ventrikelseptumdefekt-Verschluss	**2.344,59 €**
9607	**Operative Korrektur bei Ebstein-Anomalie durch Trikuspidalklappenplastik,** ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 9592	**679,05 €**
9608	**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 €**
9609	**Reimplantation der aortopulmonalen Kollateralen in das Pulmonalateriensystem (Unifokalisation)**	**1.231,83 €**
9610	**Isolierte Bändelung 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9611	**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 €**
9612	**Operation einer Malposition der großen Gefäße mit Rekonstruktion eines Ventrikelseptum-Defektes und Pulmonalstenose**	**2.058,66 €**
9613	**Isolierte Operationen an den Pulmonalarterien distal der Hili** (z.B. Patcherweiterung)	**434,93 €**
9614	**Korrektur von angeborenen Anomalien der thorakalen großen Gefäße,** z.B. arterielle Schlinge, pulmonale Ringe, doppelter Aortenbogen	**493,86 €**
9615	**Operative Korrektur einer rechten Herzkammer mit doppelter Ausflussbahn (Double outlet right ventricle)**	**864,25 €**
9616	**Operative Korrektur einer linken Herzkammer mit doppelter Ausflussbahn (Double outlet left ventricle)**	**864,25 €**
9617	**Anlage eines bidirektionalen kavopulmonalen Shuntes** (z.B. Glenn-Anastomose oder Hemi-Fontan-Operation)	**1.346,88 €**
9618	**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 €**
9619	**Fontan-Komplettierungsoperation (TCPC/Norwood III)**	**1.346,88 €**
9620	**Norwood I-Operation mit Aortenerweiterung, Shunteinlage und Anastomosen (Blalock-Taussig)**	**2.806,00 €**
9621	**Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes bis in die Aorta** (z.B. OP nach Konno)	**864,25 €**
9622	**Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat oder Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes** (Ross-Konno-Operation)	**2.974,36 €**
9623	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9624	**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 €**
9625	**Korrektur eines Fehlabgangs einer Koronararterie, als selbständige Leistung**	**1.010,16 €**
9626	**Operativer Verschluss eines aortopulmonalen Fensters, als selbständige Leistung**	**1.122,40 €**
9627	**Operative Korrektur eines Truncus arteriosus mit Conduit, einschließlich Ventrikelseptumdefekt- und/oder Vorhofseptumdefekt-Verschluss oder Aufhebung der kongenitalen Kurzschlussverbindungen**	**2.974,36 €**
9628	**Isolierte Korrektur eines unterbrochenen Aortenbogens,** einschließlich Verschluss eines persistierenden Ductus arteriosus (botalli), ggf. einschließlich Ventrikelseptumdefekt-Verschluss	**2.974,36 €**
9629	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9628 für Zwerchfellraffung**	**182,74 €**
9630	**Korrektur einer angeborenen supravalvulären Aortenstenose durch Erweiterungspatch**	**740,78 €**
9631	**Korrektur einer Aortenisthmusstenose oder eines hypoplastischen Aortenbogens über mediane Sternotomie,** ggf. einschließlich - Ventrikelseptumgdefekt-Verschluss - Verschluss des Ductus arteriosus	**1.046,64 €**
9632	**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 €**
9633	**Korrektur von Anomalien der Systemvenen einschließlich Revision nach Vorhofumkehr**	**493,86 €**
9634	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XI für operative Korrektur einer Aortendissektion**	**300,39 €**
9635	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9635 ist neben der Leistung nach Nummer 9636 oder 9637 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.*	**82,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9636	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9636 ist neben der Leistung nach Nummer 9635 oder 9637 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.*	**156,98 €**
9637	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9637 ist neben der Leistung nach Nummer 9635 oder 9636 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.*	**342,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XII. Gefäßchirurgie 11.12

Allgemeine Bestimmungen

1. **Eine rekonstruktive Operation ist gebührenrechtlich, außer bei präzisierter Definition in den Leistungslegenden einzelner Nummern, 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 *Mit Ausnahme der operativen Versorgung einer Gefäßverletzung durch Gefäßintervention sind Versorgungen iatrogener Gefäßverletzungen nicht gesondert berechnungsfähig.*	**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 *Mit Ausnahme der operativen Versorgung einer Gefäßverletzung durch Gefäßintervention sind Versorgungen iatrogener Gefäßverletzungen nicht gesondert berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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)** *Der Zuschlag beinhaltet nicht den gewöhnlichen Zugangsweg über die A. iliaca externa oder die A. femoralis communis.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**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 €**
9722	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9721 für temporären Linksherzbypass**	**320,98 €**
9723	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9721 bei zusätzlichem prothetischem Ersatz der Aorta abdominalis**	**641,96 €**
9724	**Operatives Ausschalten eines thorakoabdominalen Aortenaneurysmas Typ Crawford I oder V,** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9725	**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)	**2.448,05 €**
9726	**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 €**
9727	**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)	**2.212,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9728	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9720, 9725, 9726 oder 9727 für zusätzliche Implantation einer Y-Prothese**	**483,12 €**
9729	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9724, 9725, 9726 oder 9727 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 €**
9734	**Sperroperation bei portalem Hochdruck**	**693,10 €**
9735	**Operation bei portalem Hochdruck durch Shunt-Anlage** (z.B. splenorenaler, portokavaler oder mesorenaler Shunt)	**838,83 €**
9736	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9735 für Arterialisation des Pfortadersystems**	**291,46 €**
9737	**Rekonstruktive Operation an der A. carotis interna und/oder der Karotisgabel,** ggf. einschließlich - End-zu-Endanastomose(n) (z.B. Eversions-TEA) - Patchplastik und/oder rekonstruktive Operation an der proximalen A. carotis externa, - Karotisdruckmessung - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9739	**Rekonstruktive Operation durch Neueinpflanzung der A. subclavia in die A. carotis, carotido-carotidaler Bypass oder carotido-subclavialer Bypass,** ggf. einschließlich - Karotisdruckmessung - transkranieller Dopplersonographie - Angiographie - Thrombendarteriektomien im Bereich der Bypass-/Prothesenanschlüsse - im Rahmen der rekonstruktiven Operation notwendige Thrombektomien bzw. Embolektomien	**1.350,00 €**
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 €**
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	**1.400,00 €**
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	**1.450,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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)	**1.500,00 €**
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)	**1.091,00 €**
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) *Die Leistung nach Nummer 9747 ist neben der Leistung nach Nummer 9746 nicht berechnungsfähig.*	**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 9728, 9726, 9727 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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-femoralen 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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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-femoralen Umleitung oder femoro-femoralen 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-femoralen 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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 9774 ist neben der Leistung nach Nummer 9772 nicht berechnungsfähig.*	**635,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 magna,** einschließlich Ligatur des sapheno-poplitealen Übergangs (Krossektomie), ggf. einschließlich - unilateraler Seitenastexhairese - offen chirurgische Unterbrechung von Perforansvenen und/oder geschlossener Fasziotomie, je Extremität	**543,49 €**
9778	**Exhairese der V. saphena parva,** einschließlich Ligatur des sapheno-poplitealen Übergangs (Krossektomie), ggf. einschließlich - unilateraler Seitenastexhairese - offen chirurgische Unterbrechung von Perforansvenen und/oder geschlossener Fasziotomie, je Extremität	**543,49 €**
9779	**Isolierte Exhairese der V. saphena magna (ohne Krossektomie),** ggf. einschließlich - offen chirurgische Unterbrechung von Perforansvenen und/oder geschlossener Fasziotomie, je Extremität	**312,34 €**
9780	**Isolierte Exhairese der V. saphena parva (ohne Krossektomie),** ggf. einschließlich - offen chirurgische Unterbrechung von Perforansvenen und/oder geschlossener Fasziotomie, je Extremität	**312,34 €**
9781	**Isolierte Exhairese oder Ligatur von Seitenästen** ggf. einschließlich - offen chirurgische Unterbrechung von Perforansvenen und/oder geschlossener Fasziotomie, je Extremität	**133,49 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9782	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9777, 9778, 9779, 9780 und 9781 für endoskopische Unterbrechung(en) von Perforansvenen,** je Extremität	**50,53 €**
9783	**Isolierte Krossektomie der V. saphena magna,** einseitig *Die Leistung nach Nummer 9783 ist neben der Leistung nach Nummer 9777 nicht berechnungsfähig.*	**200,84 €**
9784	**Isolierte Krossektomie der V. saphena parva,** einseitig *Die Leistung nach Nummer 9784 ist neben der Leistung nach Nummer 9778 nicht berechnungsfähig.*	**217,66 €**
9785	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9777, 9779 und 9783 bei simultaner Exhairese der V. saphena anterior**	**133,49 €**
9786	**Valvuloplastie der V. saphena magna,** einseitig	**273,21 €**
9787	**Endovenöse Ablation von Seitenast- oder Perforansvenen**	**147,33 €**
9788	**Radiofrequenzobliteration oder endovenöse Lasertherapie der V. saphena magna oder parva,** einschließlich intraoperativer Ultraschallkontrolle, je Extremität	**502,71 €**
9789	**Chemische Obliteration mittels Katheter der V. saphena magna oder parva,** einschließlich intraoperative Ultraschallkontrolle je Extremität	**197,33 €**
9790	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9777, 9778, 9779, 9780, 9781, 9788, 9783, 9784, 9786 oder 9789 für Tumeszenzanästhesie**	**86,55 €**
9791	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9777, 9778, 9779, 9780, 9781, 9788, 9783, 9784, 9786, 9787 oder 9789 für intraoperative Sklerosierung**	**43,42 €**
9792	**Thrombektomie einer oder mehrerer Beckenvenen,** ggf. einschließlich - Phlebographie - Thrombektomie der Beinvenen, einseitig	**806,22 €**
9793	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 für beidseitiges Vorgehen,** ggf. einschließlich retrograder Embolektomie und/oder Thrombektomie der caudalen V. cava	**341,80 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 abdominaler 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 9739, 9740, 9741, 9749, 9764, 9765, 9767 oder 9803 für die Anlage eines Venenbypasses**	**108,22 €**
9805	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9792 oder 9803 für Anlage einer AV-Fistel**	**145,73 €**
9806	**Sonstige offene venöse Thrombektomie (z.B. an der oberen Extremität)**	**474,51 €**
9807	**Rekonstruktion von Lymphgefäßen durch Transplantation,** einschließlich Entnahme, je Extremität	**795,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
9816	**Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit alloplastischer Gefäßprothese,** ggf. einschließlich Phlebographie	**504,30 €**
9817	**Unterbindung eines Hämodialyseshuntes oder einer operativ angelegten AV-Fistel, als selbständige Leistung**	**280,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9818	**Sonstige Ausschaltung eines Hämodialyseshuntes (z.B. Explantation)**	**323,33 €**
9819	**Revision eines Hämodialyseshuntes,** ggf. einschließlich Phlebographie	**421,85 €**
9820	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9815, 9816 oder 9819 für angioplastische Maßnahmen mit/ohne Stentimplantation**	**128,92 €**
9821	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9815 oder 9819 für freies autologes Transplantat**	**106,21 €**
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** *Der Zuschlag nach Nummer 9827 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**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 540 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** *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.*	**43,76 €**
9829	**Zuschlag zu den operativen Leistungen des Abschnitts L XII, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 540 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** *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.*	**109,03 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *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.*	**185,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 9906 ist neben der Leistung nach Nummer 9905 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Robotisch assistierte laparoskopische Sakrokolpopexie bzw. Promontofixation bei Deszensus des Scheidenstumpfes oder Uterovaginaldeszensus,** ggf. einschließlich - Präparation des Promontoriums - Eröffnung und Präparation des retroperitonealen bzw. vesiko- und rektovaginalen Raumes - Einbringen, Anpassen und Fixieren eines Netzes oder geeigneten Implantats - Peritonealisierung - Blutstillung *Die Leistung nach Nummer 9911 ist bei alleiniger vorderer oder hinterer Kolporrhaphie, rein vaginaler Deszensusoperation, konservativer Pessartherapie, isolierter Hysterektomie ohne apikale Fixation oder diagnostischer Laparoskopie nicht berechnungsfähig.* *Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt bleiben neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 9911 berechenbar, sofern sie nicht Bestandteil der Sakrokolpopexie/Promontofixation sind.*	**830,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9912	**Zerviko- oder Kolposakropexie mittels Netzeinlage**	**676,95 €**
9913	**Vaginale Kolpopexie, einseitig paravaginal und/oder an den Beckenligamenten**	**346,34 €**
9914	**Levatorplastik,** ein- oder beidseitig	**506,73 €**
9915	**Vaginale Kolpopexie am Uterus-Aufhängeapparat nach Hysterektomie,** ein- oder beidseitig	**346,34 €**
9916	**Kolpopexie mit Faszienzügelplastik (z.B. nach Williams und Richardson)**	**462,41 €**
9917	**Keilexzision an einem Ovar oder Exzision einer Ovar-, Paraovarialzyste oder Hydatide, offen oder laparoskopisch**	**366,46 €**
9918	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9917 für beidseitigen Eingriff**	**145,54 €**
9919	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9917 für die Entfernung von Endometrioseherden** *Der Zuschlag nach Nummer 9919 ist neben der Leistung nach Nummer 9942 oder 9943 nicht berechnungsfähig.*	**575,44 €**
9920	**Ovariektomie und/oder Salpingektomie und/oder Salpingotomie, offen oder laparoskopisch,** einseitig *Die Leistung ist bei beiderseitigem Eingriff zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**462,41 €**
9921	**Plastische Rekonstruktion der Tube, offen oder laparoskopisch** *Die Leistung ist bei beiderseitigem Eingriff zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**462,41 €**
9922	**Adhäsiolyse an Ovar und/oder Tuba uterina, offen oder laparoskopisch**	**462,41 €**
9923	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9922 für mikroskopische Adhäsiolyse**	**218,32 €**
9924	**Verschluss der Tuba uterina, offen oder laparoskopisch,** z.B. durch Elektrokoagulation, mit Fremdmaterial, durch Fimbriektomie, partielle Salpingektomie oder Unterbindung	**462,41 €**
9925	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9924 für beidseitigen Eingriff**	**145,54 €**
9926	**Chromopertubation der Tubae uterinae** *Die Leistung nach Nummer 9926 ist je Eingriff einmal berechnungsfähig.*	**174,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9927	**Konisation der Portio und/oder Cervix uteri,** ggf. einschließlich fraktionierte Abrasio uteri	**115,09 €**
9928	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9927 für zusätzlich erforderliche Nähte** (z.B. nach Sturmdorf)	**80,44 €**
9929	**Zervixkurettage oder Strichkürettage des Uterus,** einschließlich Gewebekonservierung	**96,43 €**
9930	**Fraktionierte Abrasio uteri,** ggf. einschließlich - Polypentfernung - Gewebekonservierung	**137,41 €**
9931	**Abrasio corpus uteri,** ggf. einschließlich - Polypentfernung - Gewebekonservierung	**115,78 €**
9932	**Operative Therapie der Zervixinsuffizienz in der Gravidität mittels Zerklage** *Die Leistung nach Nummer 9932 ist neben der Leistung nach Nummer 9933 berechnungsfähig.*	**141,97 €**
9933	**Operative Therapie der Zervixinsuffizienz in der Gravidität mittels totalem Muttermundverschluss (TMV)** *Die Leistung nach Nummer 9933 ist neben der Leistung nach Nummer 9932 berechnungsfähig.*	**269,83 €**
9934	**Naht eines Zervixrisses, als selbständige Leistung**	**357,79 €**
9935	**Plastische Rekonstruktion der Cervix uteri nach Verletzung**	**165,14 €**
9936	**Einfache Entfernung von Zerklagematerial aus der Cervix uteri oder Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers**	**92,40 €**
9937	**Operative Entfernung einer Zervix-Zerklage durch Stützband oder Naht nach Isthmusinsuffizienzoperation**	**167,50 €**
9938	**Abdominale oder minimalinvasive Enukleation eines oder mehrerer Myome,** ggf. einschließlich Morcellierung, Dauer bis zu zwei Stunden	**312,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9939	**Radiofrequenzablation eines oder mehrerer Myome,** Dauer bis zu zwei Stunden *Die Leistung nach Nummer 9939 ist unabhängig von der Anzahl der entfernten Myome einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**308,59 €**
9940	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9938 oder 9939 für eine Operationsdauer über zwei Stunden**	**107,89 €**
9941	**Endometriumablation**	**200,46 €**
9942	**Entfernung von Endometrioseherden, peritoneal und/oder ovariell, offen chirurgisch oder laparoskopisch**	**388,37 €**
9943	**Entfernung von Endometrioseherden, tief infiltrierend, offen chirurgisch oder laparoskopisch**	**545,58 €**
9944	**Robotisch assistierte Exzision tief infiltrierender Endometrioseherde, offen chirurgisch oder laparoskopisch-robotisch,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse im Zielgebiet, - Präparation im Bereich des kleinen Beckens, - Entfernung tief infiltrierender Herde an Peritoneum, uterosakralen Ligamenten, Septum rectovaginale, Scheidenwand, Blase, Ureterumgebung oder Darmserosa/-wand nach Ausdehnung der Erkrankung - Blutstillung *Die Leistung nach Nummer 9944 ist bei alleiniger diagnostischer Laparoskopie, oberflächlicher peritonealer Endometriose ohne tiefe Infiltration, isolierter Ovarialzystenoperation ohne tief infiltrierende Endometriose oder rein medikamentöser Therapie nicht berechnungsfähig. Organresektionen, Hysterektomie oder Adnexoperationen sind nur bei eigenständiger Indikation und gesondertem Leistungsinhalt zusätzlich berechnungsfähig; einschlägige Zuschläge bleiben gesondert berechnungsfähig.*	**790,00 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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** *Die Leistung nach Nummer 9958 ist je Seite einmal berechnungsfähig.*	**101,98 €**
9959	**Operationen an der Bartholin-Drüse (z.B. Inzision, Marsupialisation oder Exzision) oder vaginale Zystenexstirpation(en)** *Die Leistung nach Nummer 9959 ist je Eingriff einmal berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9965	**Operative Beseitigung einer oder mehrerer Uterusmissbildung(en),** einschließlich - Sondierung - Dilatation - Einmalkatheterisierung	**685,99 €**
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	**Robotisch assistierte totale oder suprazervikale Hysterektomie,** ggf. einschließlich - Mobilisation des Uterus - Präparation und Darstellung der Ureteren im Zielgebiet - Durchtrennung und Versorgung der uterinen Gefäße und Haltestrukturen - Kolpotomie bzw. Absetzen des Corpus uteri - Bergung des Präparates - Verschluss des Vaginalstumpfes bzw. Versorgung des Zervixstumpfes - Blutstillung *Die Leistung nach Nummer 9968 ist bei alleiniger Adnexoperation, Myomenukleation ohne Hysterektomie, fertilitätserhaltender Operation, rein vaginaler oder abdominal-offener Hysterektomie ohne robotischen Operationsmodus sowie bei radikal-onkologischer Hysterektomie, soweit hierfür eine spezifischere Gebührennummer vorgesehen ist, nicht berechnungsfähig.* *Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt, insbesondere Adnexentfernung oder Netzplombe bleiben neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 9968 berechnungsfähig.*	**750,00 €**
9969	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9920, 9967 oder 9968 für die Bildung einer oder mehrerer Netzplombe(n)**	**199,04 €**
9970	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9967 oder 9968 für Adnexentfernung** *Der Zuschlag nach Nummer 9970 ist je Seite einmal berechnungsfähig.*	**72,77 €**
9971	**Zervixstumpfexstirpation**	**467,91 €**
9972	**Radikale Hysterektomie unter Mitnahme der Parametrien und mit iliakaler Lymphknotenexstirpation,** ggf. einschließlich Entfernung der Adnexe	**1.127,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9973	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9913 oder 9972 für die zusätzliche Resektion der Scheidenmanschette**	**90,97 €**
9974	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9920, 9967, 9968 oder 9972 für die Omentektomie**	**109,16 €**
9975	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9949, 9950, 9967, 9968 oder 9972 für subtotale oder totale Kolpokleisis**	**503,63 €**
9976	**Inguinale Lymphknotenentfernung,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, je Seite	**467,91 €**
9977	**Neurolyse als selbständige Leistung aufgrund eigenständiger Indikation (Verwachsungen, Vernarbungen, und/oder Tumorummauerungen) im Rahmen anderer gynäkologischer Eingriffe**	**183,35 €**
9978	**Peritonektomie im kleinen Becken** *Die Leistung nach Nummer 9978 ist neben der Leistung nach Nummer 10617 nicht berechnungsfähig.*	**451,73 €**
9979	**Sentinellymphknotenentfernung und/oder Lymphknotensampling,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig *Die Leistung nach Nummer 9979 ist neben der Leistung nach Nummer 7442, 9976, 9980, 9981, 9982, 9983 oder 9984 nicht berechnungsfähig.*	**451,73 €**
9980	**Pelvine Lymphadenektomie,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, beidseitig	**669,20 €**
9981	**Pelvine extended-field Lymphadenektomie,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, beidseitig	**890,97 €**
9982	**Paraaortale Lymphadenektomie,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	**669,20 €**
9983	**Parakavale Lymphadenektomie,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	**467,91 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9984	**Präsakrale Lymphadenektomie,** ggf. einschließlich Gefäßfreilegung, einseitig	**467,91 €**
9985	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9976, 9980, 9982, 9983 oder 9984 für Verwendung der Gammasonde zur Lokalisation von Wächterlymphknoten**	**75,00 €**
9986	**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. *Die Leistung nach Nummer 9986 ist neben der Leistung nach Nummer 9987 oder 9988 nicht berechnungsfähig.*	**1.127,20 €**
9987	**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. *Die Leistung nach Nummer 9987 ist neben der Leistung nach Nummer 9986 oder 9988 nicht berechnungsfähig.*	**908,16 €**
9988	**Totale Exenteration des weiblichen kleinen Beckens** *Die Leistung nach Nummer 9988 ist neben der Leistung nach Nummer 9986 oder 9987 nicht berechnungsfähig.*	**1.351,06 €**
9989	**Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche, einschließlich intravaginaler oder intrazervikaler Applikation z.B. von Prostaglandin-Gel,** ggf. einschließlich - Einmalkatheterisierung - Dilatation - Sondierung	**129,78 €**
9990	**Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche, einschließlich intravaginaler oder intrazervikaler Applikation z.B. von Prostaglandin-Gel,** ggf. einschließlich - Einmalkatheterisierung - Dilatation - Sondierung	**155,12 €**
9991	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9990 für Fetozid bei Abbruch nach der 20. Schwangerschaftswoche**	**363,39 €**
9992	**Abortabrasio des Uterus oder Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion,** einschließlich Prostaglandin-Zäpfchen-Gabe	**129,78 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
9993	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 9989 oder 9992 für Saugkürettage**	**46,47 €**
9994	**Operation einer Extrauterinschwangerschaft,** ggf. einschließlich Einmalkatheterisierung	**462,41 €**
9995	**Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter (Inversio uteri)**	**462,41 €**
9996	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XIII für die Durchführung eines Morcellement bei benignen Raumforderungen**	**109,16 €**
9997	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XIII für Ureterolyse,** einseitig	**218,32 €**
9998	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9998 ist neben der Leistung nach Nummer 9999 oder 10000 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.*	**34,53 €**
9999	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 9999 ist neben der Leistung nach Nummer 9998 oder 10000 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.*	**87,66 €**
10000	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10000 ist neben der Leistung nach Nummer 9998 oder 9999 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.*	**137,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XIV. Operative Urologie 11.14

Allgemeine Bestimmungen

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 (Urethrozystokopie) 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 €**
10114	**Implantation einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters, als selbständige Leistung,** je Seite *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.*	**124,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 10115 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10119 nicht berechnungsfähig.*	**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 Bilddokumentation 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 *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.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10119 ist neben der Leistung nach Nummer 10115 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 10120 ist neben den Leistung nach Nummer 10127 oder 10114 nicht berechnungsfähig.*	**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 oder Körbchen und/oder für die Gewebeentnahme aus dem Harnleiter und/oder Nierenbecken** *Die Leistung nach Nummer 10121 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10122 nicht berechnungsfähig.*	**61,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 10122 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10121 oder 10123 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Der Zuschlag nach Nummer 10123 ist neben der Leistung nach Nummer 10121 oder 10122 nicht berechnungsfähig.*	**137,82 €**
10124	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10118 für die endoskopische retrograde (transurethro-ureterale) Harnleiterbougierung oder Harnleiterschlitzung**	**45,94 €**
10125	**Perkutane Nierenbeckenspiegelung zur Entfernung von Nierensteinen (Nephrolitholapaxie, PCNL),** ggf. einschließlich - präoperativer Einlage und postoperativer Entfernung eines Ballonkatheters in den Harnleiter - Steinzerkleinerung z.B. unter Verwendung von Ultraschallsonden - röntgenologischer Kontrolle - Anlage einer Nierenfistel mit stufenweiser Aufdehnung - Einlage eines Nierenfistelkatheters *Die Leistung nach Nummer 10125 ist neben der Leistung nach Nummer 10126 nicht berechnungsfähig.*	**434,48 €**
10126	**Perkutane Nierenbeckenspiegelung bei liegender Nierenfistel,** ggf. einschließlich - Dehnung und Spülung der Nierenfistel - Ausspülen von Blutkoagula - Wechsel eines Nierenfistelkatheters *Die Leistung nach Nummer 10126 ist neben der Leistung nach Nummer 10125 nicht berechnungsfähig.*	**217,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Der Zuschlag nach Nummer 10127 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10120 nicht berechnungsfähig.*	**56,97 €**
10128	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10125 oder 10126 für die endoskopische antegrade oder retrograde transrenale Harnleiterschlitzung (antegrade oder retrograde 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** *Die Leistung nach Nummer 10135 ist für die Entfernung eines Blasendauerkatheters nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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(ausguss)steins(en),** einschließlich Anlegen einer Nierenfistel, Pyeloskopie und intraoperative Durchleuchtung	**779,00 €**
10144	**Perkutane Rekonstruktion der Niere mit Erweiterung der Nierenkelchhälse, Anlage einer Nierenfistel oder Pyelostomie(n)**	**450,45 €**
10145	**Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste, narbiger Konvolute und/oder einer Striktur 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 *Die Leistung nach Nummer 10147 ist neben der Leistung nach Nummer 9953 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Die Leistung nach Nummer 10153 ist neben der Leistung nach Nummer 10164 nicht berechnungsfähig.*	**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-/Dickdarmanastomose - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10161	**Einfache Zystektomie,** ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Harnleiterschienung, auch beidseits *Die Leistung nach Nummer 10161 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.*	**969,72 €**
10162	**Radikale Zystektomie beim Mann,** einschließlich - Entfernung der Prostata und der Samenblasen - Mobilisation der Harnleiter - Harnleiterschienung, auch beidseits *Die Leistung nach Nummer 10162 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 10164 ist neben der Leistung nach Nummer 10167, 10168, 10169, 10170, 10179 oder 10180 berechnungsfähig.*	**942,00 €**
10165	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10164 für die Beckenrekonstruktion bei der Frau,** einschließlich der Einlage von alloplastischem Material *Der Zuschlag nach Nummer 10165 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9904 nicht berechnungsfähig.*	**158,83 €**
10166	**Pelvine Lymphadenektomie, als selbständige Leistung** *Die Leistung nach Nummer 10166 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 10653 oder 10812 nicht berechnungsfähig.*	**745,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10167	**Anlage eines Ileumkonduit/Kolonkonduit,** ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdarmanastomose - 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-/Dickdarmanastomose - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10170	**Bildung einer orthotopen Neoblase,** ggf. einschließlich - Mobilisation der Harnleiter - Adhäsiolyse - Teilresektion Dünn-/Dickdarm - Dünn-/Dickdarmanastomose - 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 Blasenhals 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10177	**Rekonstruktion des Harnleiters durch Harnleiter-Dünndarm-Interponat**	**916,77 €**
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 Nierenfistelkatheters - perkutane Nierenbeckenspiegelung	**253,72 €**
10183	**Nephropexie,** je Seite	**550,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10184	**Nicht tumorbedingte Nephrektomie,** je Seite	**840,02 €**
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	**2.000,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10194	**Explantation einer Niere bei einem Lebendspender zur Transplantation,** einschließlich der Freilegung des Harnleiters	**1.084,28 €**
10195	**Transabdominelle Entfernung einer Nebenniere,** ggf. einschließlich Freilegung der Niere, je Seite *Die Leistung nach Nummer 10195 ist neben der Leistung nach Nummer 10185 nicht berechnungsfähig.*	**746,43 €**
10196	**Laparoskopische Entfernung einer Nebenniere,** je Seite *Die Leistung nach Nummer 10196 ist neben der Leistung nach Nummer 10185 nicht berechnungsfähig.*	**796,44 €**
10197	**Ultraschallgesteuerte Entnahme von bis zu zwölf Stanzbiopsien aus der Prostata,** transrektal, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 10197 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.*	**111,98 €**
10198	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10197 für die ultraschallgesteuerte Entnahme von je drei weiteren Stanzbiospien aus der Prostata** *Der Zuschlag nach Nummer 10198 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**15,31 €**
10199	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10197 für MRT-gestützte Biopsie** *Der Zuschlag nach Nummer 10199 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**82,24 €**
10200	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10197 für MRT/Ultraschall-Fusionsbild-gestützte Biopsie** *Der Zuschlag nach Nummer 10200 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**30,84 €**
10201	**Transurethrales Einlegen oder transurethraler Wechsel eines Stents in die prostatische Harnröhre**	**146,97 €**
10202	**Transurethrale Entfernung eines Stents aus der prostatischen Harnröhre**	**146,97 €**
10203	**Transurethrale Elektroresektion der Prostata (TURP),** ggf. einschließlich - Anlage einer Blasenfistel - Urethrotomia interna nach Otis - diagnostischer Endoskopie des unteren Harntrakts und Entnahme von Gewebeproben *Die Leistung nach Nummer 10203 ist neben der Leistung nach Nummer 10100, 10101, 10102, 10103, 10104, 10105, 10106, 10107, 10108, 10109, 10110, 10111 oder 10132 nicht berechnungsfähig.*	**334,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10204	**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 €**
10205	**Anwendung von Laserverfahren zur Entfernung (Resektion) von Prostatagewebe,** z.B. Holmiumlaserenukleation (HoLEP)	**345,38 €**
10206	**Anwendung von Laser- oder Elektroverfahren zur Verdampfung von Prostatagewebe (z.B. Photoselektive Laservaporisation, PVP),** z.B. Greenlight-Lasertherapie, KTP-Lasertherapie	**258,09 €**
10207	**Anwendung von Laserverfahren zur Verkochung (Koagulation) von Prostatagewebe,** z.B. Interstitielle Laserkoagulation (ILC)	**258,09 €**
10208	**Transurethrale Mikrowellenthermotherapie der Prostata, mit Niedrig-Energie (NE-TUMT) oder Hoch-Energie (HE-TUMT),** ggf. einschließlich Temperaturfeedback der Prostata	**220,13 €**
10209	**Transurethrale Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren**	**182,45 €**
10210	**Transurethrale Nadelablation der Prostata (TUNA)**	**217,99 €**
10211	**Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe,** z.B. hochintensivierter fokussierter Ultraschall (HIFU)	**337,26 €**
10212	**Passagere Implantation von bis zu fünfzehn Hohlnadeln in die Prostata im Rahmen einer perkutanen interstitiellen Brachytherapie**	**308,26 €**
10213	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10212 für die Implantation weiterer Hohlnadeln,** je weitere fünf Hohlnadeln *Der Zuschlag nach Nummer 10213 ist bis zu dreimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**73,64 €**
10214	**Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm oder vom Rektum aus**	**169,98 €**
10215	**Operative Entfernung eines Prostataadenoms**	**546,39 €**
10216	**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 €**
10217	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162 oder 10216 für die Präparation der Nn. erigentes (Neurolyse),** auch beidseits	**150,03 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10218	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10172, 10173, 10197, 10215 oder 10216 für den perinealen Zugang,** einschließlich Wundverschluss *Der Zuschlag nach Nummer 10218 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**137,64 €**
10219	**Unterbindung eines Samenleiters, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Teilresektion des Samenleiters, je Seite	**104,71 €**
10220	**Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters, als selbständige Leistung,** je Seite	**732,11 €**
10221	**Skrotale Entfernung eines Wasserbruchs (Hydrozele), als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Entfernung der Hydrozelenwand - Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	**251,36 €**
10222	**Skrotale Entfernung eines Nebenhodens oder einer Spermatozele, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	**206,76 €**
10223	**Skrotale Entfernung eines Nebenhodens und einer Spermatozele, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Entfernung einer Hydatide testis, je Seite	**258,92 €**
10224	**Operative Entnahme von Spermien aus dem Nebenhoden (MESA) und/oder Hoden (TESE),** je Seite	**417,37 €**
10225	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10138, 10220 oder 10224 bei Verwendung eines Operationsmikroskops**	**30,84 €**
10226	**Operative Fixierung eines Hodens (Orchidopexie), als selbständige Leistung**	**220,00 €**
10227	**Operative Fixierung beider Hoden, als selbständige Leistung**	**373,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10228	**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 €**
10229	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10228 für die Fixierung des Hodens auf der gegenüberliegenden Seite**	**61,25 €**
10230	**Teilentfernung eines Hodens (Tumorenukleation),** je Seite	**310,12 €**
10231	**Skrotale Entfernung eines Hodens,** ggf. einschließlich Entfernung des Nebenhodens derselben Seite, je Seite	**208,18 €**
10232	**Inguinale Entfernung eines Hodens,** ggf. einschließlich Entfernung des Nebenhodens derselben Seite, je Seite	**361,24 €**
10233	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10230, 10231 oder 10232 für die Biopsie des kontralateralen Hodens**	**81,38 €**
10234	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10231 oder 10232 für das operative Einlegen einer Hodenprothese,** je Seite	**61,04 €**
10235	**Operatives Einlegen einer Hodenprothese,** je Seite	**210,67 €**
10236	**Operative Entfernung einer Hodenprothese,** je Seite	**186,26 €**
10237	**Operation eines Leistenhodens, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Anfertigung einer Skrotaltasche (Dartos-Pouch), je Seite	**350,43 €**
10238	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10237 für die Operation eines Abdominalhodens**	**140,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10239	**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 €**
10240	**Operation eines Bauchhodens, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Anfertigung einer Skrotaltasche (Dartos-Pouch), je Seite	**550,97 €**
10241	**Autotransplantation eines Bauchhodens,** ggf. einschließlich laparoskopischer Identifikation des Hodens und Entnahme aus dem Bauchraum	**614,02 €**
10242	**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, 10215, 10216, 10240 oder 10241 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 €**
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, 10215, 10216, 10240 oder 10241 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 €**
10244	**Operation einer Phimose, komplett oder inkomplett,** ggf. einschließlich Frenulumplastik	**171,16 €**
10245	**Operative Reposition einer Paraphimose**	**171,16 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10246	**Operative Durchtrennung und plastische Versorgung des Frenulum praeputii, als selbständige Leistung**	**84,04 €**
10247	**Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie oder Epispadie**	**732,75 €**
10248	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10247 für die Penisschaftaufrichtung,** ggf. einschließlich Korrektur einer Penisschaftverkrümmung	**281,33 €**
10249	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10247 für die Durchführung einer Sphinkterplastik**	**281,33 €**
10250	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10247 für die Rekonstruktion mit Transplantation von Mundschleimhaut**	**421,99 €**
10251	**Korrektur einer penoskrotalen Transposition**	**380,45 €**
10252	**Plastische Korrektur einer penoskrotalen Schwimmhaut (Palmure)**	**380,45 €**
10253	**Plastische Korrektur eines vergrabenen Penis (buried penis)**	**380,45 €**
10254	**Penis(teil)amputation, einschließlich Verlagerung der Harnröhre**	**517,51 €**
10255	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10216 oder 10254 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10255 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9980, 9981, 10802 oder 10807 nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 10255 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10256 oder 10257 nicht berechnungsfähig.*	**421,99 €**
10256	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10216 oder 10254 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10256 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9980, 9981, 10802 oder 10807 nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 10256 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10255 oder 10257 nicht berechnungsfähig.*	**468,88 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10257	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10216 oder 10254 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10257 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9980, 9981, 10802 oder 10807 nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 10257 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10255 oder 10256 nicht berechnungsfähig.*	**586,10 €**
10258	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10166, 10216 oder 10254 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10258 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9980, 9981, 9982, 9983, 9984 oder 10710 bis 10802 nicht berechnungsfähig.*	**703,32 €**
10259	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10166, 10174, 10176, 10181, 10183, 10184, 10185, 10187, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10255, 10256, 10257 oder 10258 für die dorsale oder laterale Eröffnung des Retroperitonealraumes, offen chirurgisch,** einschließlich - Inspektion und Austasten des Retroperitonealraumes - Absaugen von Flüssigkeit und/oder Hämatom - Wundverschluss *Der Zuschlag nach Nummer 10259 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**137,64 €**
10260	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10166, 10174, 10176, 10181, 10183, 10184, 10185, 10187, 10192, 10193, 10194, 10195, 10196, 10255, 10256, 10257 oder 10258 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10260 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**206,46 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10261	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10254 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10261 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9976 oder 10808 nicht berechnungsfähig.*	**468,88 €**
10262	**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 *Die Leistung nach Nummer 10262 ist neben oder anstelle der Leistung nach Nummer 9976 oder 10808 nicht berechnungsfähig.*	**638,33 €**
10263	**Operative Korrektur einer Penisverkrümmung mittels Raffplastik nach Nesbit oder nach Essed-Schroeder, als selbständige Leistung**	**251,36 €**
10264	**Operative Therapie einer Penisverkrümmung mittels Korporoplastik,** ggf. einschließlich - Defektdeckung durch ein Transplantat - Mobilisation der Harnröhre	**434,48 €**
10265	**Operative Versorgung einer Penisfraktur**	**312,40 €**
10266	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10265 für die Übernähung der Urethra**	**81,38 €**
10267	**Operative Implantation einer Penisprothese**	**497,67 €**
10268	**Operative Entfernung einer Penisprothese**	**271,71 €**
10269	**Operative Shunt-Anlage zur Behebung eines Priapismus**	**120,71 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10270	**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 €**
10271	**Geschlechtsumwandlung Mann zu Frau, mittels Penektomie mit Schwellkörperplastik, Harnröhrentransposition und Skrotallappenplastik**	**1.296,55 €**
10272	**Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisaufbauplastik**	**1.556,60 €**
10273	**Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisprothesenimplantation (erste Teiloperation)**	**746,43 €**
10274	**Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann, mit Penisprothesenimplantation (zweite Teiloperation)**	**746,43 €**
10275	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10275 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.*	**22,65 €**
10276	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10276 ist neben der Leistung nach Nummer 10275 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.*	**64,38 €**
10277	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10277 ist neben der Leistung nach Nummer 10275 oder 10276 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.*	**160,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XV. Operative Augenheilkunde 11.15

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** *Die Leistung nach Nummer 10305 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts L XV nicht berechnungsfähig.*	**29,19 €**
10306	**Oberflächliche Exzision einer Geschwulst oder von Xanthelasmen 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10313	**Frontalissuspension,** ggf. einschließlich - Hebung der Augenbraue - Hautresektion - tiefe liddurchgreifende Exzision von Gewebe des Augenlides - operative Maßnahmen an der Lidkante	**301,26 €**
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** *Der Zuschlag nach Nummer 10317 ist neben der Leistung nach Nummer 10319 nicht berechnungsfähig.*	**80,11 €**
10318	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10309, 10310, 10311, 10312, 10313, 10314 oder 10315 für die Entfernung eines orbitalen Fettgewebsprolapses**	**60,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10319	**Lidspaltenöffnung und/oder Lidspaltenerweiterung, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Laser-, Kryo- oder Thermokoagulation - (freiem) Hauttransplantat ggf. mit dessen Entnahme *Die Leistung nach Nummer 10319 ist neben der Leistung nach Nummer 10317 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 cornae - Lokalisation der Behandlungszone - Hornhauttopographie - Lasertechnik (ausgenommen Excimer- oder Femto-Sekundenlaser)	**353,58 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
10337	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10336 bei mehrlagiger Defektdeckung**	**161,34 €**
10338	**Limbus-Stammzelltransplantation,** ggf. einschließlich - Abrasio corneae - Pannektomie - lamellärer Keratektomie - Stammzellen auf Amnionmembran oder Fibringel - Symblepharolyse - Bindehautplastik	**730,70 €**
10339	**Tätowierung der Hornhaut, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich postoperativer Versorgung mit Verbandskontaktlinse	**164,31 €**
10340	**Parazentese der vorderen Augenkammer, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Spülung der vorderen Augenkammer - Wiederherstellung der vorderen Augenkammer	**138,19 €**
10341	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10342	**Senkung des Augeninnendrucks durch Trabekelaspiration,** ggf. einschließlich - Einbringung von Medikamenten zur Fibrosehemmung - Iridektomie - Gonioskopie - Lasertechnik	**360,30 €**
10343	**Operation des primären oder sekundären frühkindlichen Glaukoms,** ggf. einschließlich - Einbringung von Medikamenten zur Fibrosehemmung - Iridektomie - Gonioskopie - Lasertechnik	**722,00 €**
10344	**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 €**
10345	**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 €**
10346	**Operationen bei Glaukomfolgezuständen durch Suturolyse mit Laser oder Goniopunktur mit dem Laser, nach Goniotomie oder zyklodestruktiven Eingriffen oder Trabekulotomie**	**187,06 €**
10347	**Deckelfadenadaptation nach filtrierender Glaukomoperation, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Bindehautnaht	**247,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10348	**Senkung des Augeninnendrucks bei Glaukom durch Zyklophotokoagulation und/oder Zyklokryotherapie und/oder Zyklodiathermie,** ggf. einschließlich - Transillumination zur Lokalisation des Ziliarkörpers - Gonioskopie - Lasertechnik	**187,34 €**
10349	**Chirurgische Iridektomie und/oder Iridotomie,** ggf. einschließlich - Hornhautnaht - Gonioskopie	**240,08 €**
10350	**Iridotomie mittels Laser oder Laser Trabekuloplastik,** ggf. einschließlich - Gonioskopie - Hornhautnaht	**221,51 €**
10351	**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 €**
10352	**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 €**
10353	**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 €**
10354	**Behandlung des Nachstars mittels chirurgischer Kapsulotomie und/oder Nachstarabsaugung, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich vorderer Vitrektomie	**319,02 €**
10355	**Kapsulotomie durch Laser und/oder Laserpolitur einer Intraokularlinse oder Laservitreolyse, als selbständige Leistung**	**199,36 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10356	**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 - subkonjuktivalen Injektion(en)	**605,46 €**
10357	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356 für den Einsatz eines Femto-Sekundenlasers** *Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung des Zuschlags nach Nummer 10357 ist in der Rechnung anzugeben.*	**235,97 €**
10358	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356 für den Einsatz eines Nano-Lasers**	**28,08 €**
10359	**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 €**
10360	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356 oder 10359 für die Einführung eines Kapselspannringes in den Kapselsack**	**105,25 €**
10361	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356 oder 10359 für Pars-Plana-Lentektomie**	**193,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10362	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10331, 10333, 10335 oder 10359 für den Einsatz eines Femto-Sekundenlasers,** auch zusätzlich zum Einsatz anderer Lasertechnik	**235,97 €**
10363	**Reposition einer Intraokularlinse, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Entfernung verbliebener Linsenreste aus der Vorderkammer - Iridektomie - vorderer Vitrektomie	**292,70 €**
10364	**Entfernung einer Intraokularlinse,** ggf. einschließlich - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression - Parazentese - Iridektomie - vorderer Vitrektomie - subkonjunktivalen Injektion(en)	**360,30 €**
10365	**Implantation einer Intraokular(Sonder-)linse, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Maßnahmen am Kapselsack (z.B. vordere/hintere Kapsulotomie, Kapselpolitur, Fibroseschälung, Nachstarabsaugung) - Maßnahmen an Pupille (z.B. Sphinkterotomien, Pupilloplastik) - Färbetechniken - Iridektomie oder Iridotomie oder Trabekelaspiration - vorderer Vitrektomie - temporärer chirurgischer Pupillenerweiterung oder Pupilloplastik - Einbringung viskoelastischer Substanzen	**345,33 €**
10366	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356, 10359, 10363 oder 10365 für Nahtfixation einer Intraokularlinse**	**131,56 €**
10367	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10329, 10331, 10333, 10334, 10335, 10341, 10356, 10359 oder 10365 für den Einsatz eines Excimer-Lasers,** auch zusätzlich zum Einsatz anderer Lasertechnik	**197,53 €**
10368	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10369	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356, 10359, 10365 oder 10368 für hornhautplastische Maßnahme** (z.B. zirkuläre Keratotomie/T-Cut)	**165,40 €**
10370	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10356, 10359, 10363, 10365 oder 10368 für die Markierung und/oder Messung der Achslage einer torischen intraokularen Sonderlinse** *Der Zuschlag nach Nummer 10370 ist neben der Leistung nach Nummer 4867 nicht berechnungsfähig.*	**110,27 €**
10371	**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 €**
10372	**Kryokoagulation an der Netzhaut und/oder Aderhaut, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Pupillenerweiterung - Transillumination - Punktion subretinaler Flüssigkeit und/oder Biopsie	**187,34 €**
10373	**Vordere Vitrektomie und/oder Glaskörperstrangdurchtrennung,** ggf. einschließlich - Iridektomie - vorübergehender Spaltung der verengten Lidspalte - subkonjunktivalen Injektion(en) - kontrollierter Bulbushypotonie mittels Okulopression *Die Leistung nach Nummer 10373 ist neben der Leistung nach Nummer 10354 nicht berechnungsfähig.*	**266,39 €**
10374	**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 €**
10375	**Aufnähen eines strahlenden Applikators,** ggf. einschließlich Darstellung und/oder Freilegung eines oder mehrerer Augenmuskeln und/oder deren Darstellung	**237,30 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10376	**Intravitreale operative Medikamenteneinbringung und/oder Implantation eines intra- oder periokularen Medikamententrägers,** je Auge	**245,40 €**
10377	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut,** einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, ggf. einschließlich - Glaskörper-Tamponade - Plombenaufnähung - 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 €**
10378	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie und Entfernung epiretinaler Membranen,** ggf. einschließlich - Glaskörper-Tamponade - Plombenaufnähung - 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 €**
10379	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10377 oder 10378 für subretinale Drainage**	**82,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10380	**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 - Plombenaufnähung - Laserkoagulation und/oder Kryokoagulation an der Netzhaut - Retinopexie - intravitrealer Medikamenteneingabe und/oder Implantation eines intraokularen Medikamententrägers	**1.727,94 €**
10381	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10377, 10378 oder 10380 für Fremdkörperentfernung**	**248,43 €**
10382	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10377, 10378 oder 10380 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 €**
10383	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10377, 10378 oder 10380 für die Implantation einer epi- oder subretinalen Sehprothese**	**165,40 €**
10384	**Entfernung einer Plombe und/oder eines strahlenden Applikators,** ggf. einschließlich Eingriffen an den Augenmuskeln	**220,51 €**
10385	**Austausch oder Auffüllung einer Glaskörpertamponade mit Silikonöl, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich Iridektomie	**450,58 €**
10386	**Entfernung eines Fremdkörpers aus der Orbita oder dem Bulbus,** ggf. einschließlich der Anwendung eines Magneten	**284,48 €**
10387	**Operative Entfernung des Augapfels,** ggf. einschließlich Transplantation von Haut und/oder Hautfettgewebe	**258,62 €**
10388	**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 *Die Leistung nach Nummer 10388 ist neben der Leistung nach Nummer 9165 oder 9170 nicht berechnungsfähig.*	**301,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10389	**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 €**
10390	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10387, 10388 oder 10389 für die Einsetzung eines intraorbitalen Implantats,** ggf. einschließlich - Verankerung der Augenmuskeln an dem Orbitaimplantat - Verankerung von muskelgestielten Sklerallappen am Orbitaimplantat	**497,41 €**
10391	**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 €**
10392	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10311, 10312, 10313, 10315, 10386, 10387, 10388, 10389 oder 10391 für Orbitotomie**	**211,11 €**
10393	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10393 ist neben der Leistung nach Nummer 10394 oder 10395 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.*	**38,27 €**
10394	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10394 ist neben der Leistung nach Nummer 10393 oder 10395 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.*	**69,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10395	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10395 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.*	**136,13 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XVI. Hernienchirurgie 11.16

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**323,71 €**
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	**400,00 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 10504 ist neben der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502 oder 10505 nicht berechnungsfähig.*	**264,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 10505 ist neben der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502 oder 10504 nicht berechnungsfähig.*	**600,86 €**
10506	**Operation eines Bauchnarbenbruches mit allogenem oder alloplastischem Material, laparoskopisch,** ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung *Die Leistung nach Nummer 10506 ist neben der Leistung nach Nummer 10503 nicht berechnungsfähig.*	**533,21 €**
10507	**Robotisch assistierte Operation eines Bauchnarbenbruches der EHS-Breitenklasse W2 oder W3 mit allogenem oder alloplastischem Material,** ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Präparation des Bruchdefekts - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung - Einbringen und Fixieren des allogenen oder alloplastischen Materials - Blutstillung *Die Leistung nach Nummer 10507 ist nur für Narbenhernien der Breitenklasse W2 oder W3 brechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 10507 ist bei W1-/kleiner Narbenhernie, alleinigem Nabel-, Mittellinien- oder Bauchwandbruch ohne Narbenherniencharakter, Rektusdiastase ohne Herniendefekt, Weichteiltumorentfernung oder reiner Netzrevision ohne Hernienverschluss nicht berechnungsfähig.* *Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt, z.B. Komponentenseparation oder Nabelrekonstruktion bleiben neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 10507 berechnungsfähig.*	**740,00 €**
10508	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504, 10506 oder 10507 für die Refixation des Nabels**	**21,76 €**
10509	**Operation einer parastomalen Hernie durch Nahtverschluss, offen chirurgisch,** ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung und Bruchsackresektion - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung	**771,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10510	**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 €**
10511	**Operation einer parastomalen Hernie mit alloplastischem Material, laparoskopisch,** ggf. einschließlich - Bruchsackdarstellung - Faszienverschiebeplastik - Reposition von Netz- und/oder Darmanteilen bei Einklemmung	**1.184,47 €**
10512	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10501 bis 10511 für Komponentenseparation**	**395,60 €**
10513	**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, einseitig	**464,48 €**
10514	**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	**481,78 €**
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, einseitig	**555,10 €**
10516	**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	**800,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10517	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504, 10506, 10507, 10513, 10514, 10515 oder 10516 für die Entfernung eines Lipoms**	**21,76 €**
10518	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10513, 10514, 10515 oder 10516 für eine Funikulolyse**	**116,19 €**
10519	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10513, 10514, 10515 oder 10516 für die Rückverlagerung des Hodens in das Skrotum und/oder Entfernung eines Wasserbruchs**	**107,51 €**
10520	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10513, 10514, 10515 oder 10516 für Adhäsiolyse**	**106,50 €**
10521	**Operation einer Omphalozele oder einer Gastroschisis,** einschließlich Rückverlagerung von Darm in die Bauchhöhle und schichtweisem Bauchdeckenverschluss	**389,49 €**
10522	**Operation eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel mit Freilegung und Resektion des Verbindungsganges, offen chirurgisch,** ggf. einschließlich Resektion eines Dünndarmsegmentes	**281,69 €**
10523	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10521 oder 10522 für den plastischen Verschluss der Bauchdecke mit allogenem oder alloplastischem Material**	**60,79 €**
10524	**Operation eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel mit Freilegung und Resektion des Verbindungsganges, laparoskopisch,** ggf. einschließlich Resektion eines Dünndarmsegmentes	**381,75 €**
10525	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10500, 10501, 10502, 10503, 10505, 10504, 10506, 10507, 10522 oder 10524 für die Rekonstruktion des Nabels**	**135,55 €**
10526	**Operation einer Zwerchfellhernie, offen chirurgisch, ohne antirefluxive Maßnahme an der Speiseröhre,** ggf. einschließlich - Zwerchfellresektion, auch minimalinvasiv - Zwerchfellrekonstruktion durch Naht	**799,52 €**
10527	**Operation einer Zwerchfellhernie, laparoskopisch, ohne antirefluxive Maßnahme an der Speiseröhre,** ggf. einschließlich - Zwerchfellresektion, ggf. mit Rekonstruktion - Zwerchfellrekonstruktion durch Naht	**854,79 €**
10528	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10526 oder 10527 für Fundophrenicopexie oder Gastroventropexie**	**131,87 €**
10529	**Operation einer Zwerchfellrelaxation und/oder Transposition des Zwerchfells und/oder Implantation eines Zwerchfellschrittmachers, auch minimalinvasiv**	**817,54 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10530	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10526, 10527 oder 10529 für den plastischen Verschluss der Zwerchfellhernie mit allogenem oder alloplastischem Material**	**65,93 €**
10531	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10526, 10527 oder 10529 für den plastischen Verschluss einer Zwerchfellhernie mit Entnahme und Verwendung von autologem Material**	**219,78 €**
10532	**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	**607,25 €**
10533	**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	**652,35 €**
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, einseitig	**698,94 €**
10535	**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	**890,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10536	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Omentum majus-Anteilen**	**105,82 €**
10537	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Dünndarmanteilen**	**179,07 €**
10538	**Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts L XVI für die Resektion von Dickdarmanteilen**	**260,47 €**
10539	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10539 ist neben der Leistung nach Nummer 10540 oder 10541 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.*	**75,91 €**
10540	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10540 ist neben der Leistung nach Nummer 10539 oder 10541 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.*	**120,11 €**
10541	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10541 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.*	**189,63 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 peranale 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 Adhäsiolyse 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10600	**Diagnostische Laparoskopie, Pelviskopie oder Retroperitoneoskopie,** ggf. einschließlich Probeexzisionen und/oder Probepunktionen mit Anlegen eines Pneumoperitoneums	**224,85 €**
10601	**Appendektomie,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse 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 €**
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	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10600, 10604 oder 10605 für Eröffnung von intraabdominellen Abszessen**	**51,20 €**
10607	**Transabdominelle Entfernung eines oder mehrerer Fremdkörper aus dem Retroperitoneum,** ggf. einschließlich - Adhäsiolyse und Mobilisieren von Bauchorganen - Inspektion und Austasten der Bauchhöhle - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) *Die Leistung nach Nummer 10607 ist neben der Leistung nach Nummer 10614 nicht berechnungsfähig.*	**336,16 €**
10608	**Exstirpation eines intrabdominellen oder retroperitonealen Tumors bzw. einer Raumforderung, ohne direkten Organbezug, Durchmesser mindestens 10 cm (z.B. Sarkome)**	**1.705,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10609	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10608 für Lymphadenektomien (unterschiedlichen Ausmaßes)**	**220,99 €**
10610	**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 €**
10611	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10610 für die operative Versorgung von bis zu drei Läsionen**	**216,65 €**
10612	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10610 für die operative Versorgung von mehr als drei bis sechs Läsionen**	**337,02 €**
10613	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10610 für die operative Versorgung von mehr als sechs Läsionen**	**577,74 €**
10614	**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) *Die Leistung nach Nummer 10614 ist neben der Leistung nach Nummer 10607 nicht berechnungsfähig.*	**316,94 €**
10615	**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 €**
10616	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10615 für das Einbringung von Endodrainagen**	**288,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10617	**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 €**
10618	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10617 für Adhäsiolyse**	**144,44 €**
10619	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10617 für mesenteriale Peritonektomie**	**288,87 €**
10620	**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 €**
10621	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10620 für plastische Maßnahmen im Bereich der Bauchwand**	**433,31 €**
10622	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10620 für das Einbringen von Implantaten zum Ersatz und/oder zur Verstärkung der Bauchwand**	**391,06 €**
10623	**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 €**
10624	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10625	**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 €**
10626	**Ösophagotomie, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Behandlung von Ösophagus- und Fundusvarizen - Ösophagomyotomie - Kardiamyotomie - Kardiaplastik - 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 €**
10627	**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 €**
10628	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627 für die Anlage eines Ösophagostomas**	**144,44 €**
10629	**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 €**
10630	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629 für komplexe Adhäsiolyse und Mobilisieren von Ösophagus und Thoraxorganen,** ggf. einschließlich Dekortikation	**481,45 €**
10631	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629 für die Resektion und/oder Rekonstruktion des Zwerchfells**	**144,44 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10632	**Lokale Exzision von erkranktem Gewebe des terminalen Ösophagus über abdominellen 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 €**
10633	**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 €**
10634	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629, 10632 oder 10633 für aufwendige Rekonstruktion des Zwerchfells mittels Einbringen von Implantaten,** ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Organen - Gastropexie	**99,95 €**
10635	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10636	**Partielle Ösophagusresektion,** ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - regionärer Lymphknotendissektion 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 €**
10637	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10632, 10633 oder 10636 für separat und gezielt durchgeführte, abdomino-thorakale Zweifeld-Lymphadenektomie,** einschließlich Lymphknotendissektion 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10637 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10645 oder 10805 neben thorakalen Lymphknotendissektionen nicht berechnungsfähig.*	**1.123,33 €**
10638	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10636 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10639	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10636 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 €**
10640	**Abdominotranshiatale langstreckige bis subtotale Ösophagusresektion,** ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendissektion 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 Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	**1.731,59 €**
10641	**Abdominothorakale langstreckige bis subtotale Ösophagusresektion,** ggf. einschließlich - Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendissektion 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 Oberbauchorganen - Einbringen und/oder Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	**3.777,72 €**
10642	**(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität,** ggf. einschließlich loko-regionärer Lymphknotendissektion	**2.393,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10643	**Totale Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität,** ggf. einschließlich - loko-regionärer Lymphknotendissektion 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 Kardia - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen - Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern	**2.828,63 €**
10644	**Robotisch assistierte totale Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität,** ggf. einschließlich - loko-regionärer Lymphknotendissektion 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 Kardia, - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Ösophagus und Thorax- bzw. Oberbauchorganen - Entfernen von Implantaten und/oder Fremdkörpern *Die Leistung nach Nummer 10644 ist bei rein diagnostischer Endoskopie, Staging-Laparoskopie, palliativem Stent-/Bypassverfahren oder Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 10644 ist nur bei Einsatz eines roboterassistierten Operationssystems als prägender Operationsmodus berechnungsfähig.* *Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt bleiben neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 10644 berechnungsfähig, sofern deren Voraussetzungen erfüllt sind.*	**3.200,00 €**
10645	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10632, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643 oder 10644 für separat und gezielt durchgeführte, radikale, systematische mediastinale Lymphknotendissektion,** 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10645 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 10645 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10637 oder 10805 nicht berechnungsfähig.*	**319,58 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10646	**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 €**
10647	**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 *Die Leistung nach Nummer 10647 ist neben der Leistung nach Nummer 10648 nicht berechnungsfähig.*	**1.450,00 €**
10648	**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 *Die Leistung nach Nummer 10648 ist neben der Leistung nach Nummer 10647 nicht berechnungsfähig.*	**1.315,48 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10649	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10646, 10647 oder 10648 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10649 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10654 nicht berechnungsfähig.*	**954,09 €**
10650	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10647 oder 10648 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10650 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10654 nicht berechnungsfähig.*	**954,09 €**
10651	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10647 oder 10648 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10651 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10652 nicht berechnungsfähig.*	**954,09 €**
10652	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10627, 10629, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10647 oder 10648 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10652 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10651 nicht berechnungsfähig.*	**477,05 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10653	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629, 10632, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10646, 10647 oder 10648 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 €**
10654	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629, 10632, 10633, 10636, 10640, 10641, 10643, 10644, 10646, 10647 oder 10648 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10654 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10649 oder 10650 nicht berechnungsfähig.*	**477,05 €**
10655	**Versorgung von Fisteln zwischen Ösophagus und Tracheobronchialsystem und/oder ösophagopleurale Fistel mit Fistelresektion und einfacher Naht**	**2.742,17 €**
10656	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10655 für die Ösophagusresektion (als Diskontinuitätsresektion)**	**531,45 €**
10657	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10655 für die Ösophagusresektion mit Rekonstruktion (Magenschlauchbildung)**	**956,60 €**
10658	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10655 für die Versorgung durch plastische Deckung durch Pericard, Pleura oder Latissimus dorsi Lappen**	**531,45 €**
10659	**Implantation eines Ösophagusstents**	**230,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10660	**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 *Die Leistung nach Nummer 10660 ist bei perkutan-endoskopischer Anlage nicht berechnungsfähig.*	**945,68 €**
10661	**Atypische partielle Magenresektion oder Kardiaresektion,** ggf. einschließlich - Lösen von Verwachsungen und Mobilisieren von Darm und/oder Oberbauchorganen - Anastomosen bzw. Wiederherstellung der Kontinuität - loko-regionärer Lymphknotendissektion - 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 *Die Leistung nach Nummer 10661 ist bei Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie nicht berechnungsfähig.*	**879,11 €**
10662	**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 Lymphknotendissektion - 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10663	**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 €**
10664	**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 €**
10665	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10666	**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 €**
10667	**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 €**
10668	**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 €**
10669	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10670	**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 €**
10671	**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 €**
10672	**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 €**
10673	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10672 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10674	**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 €**
10675	**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 €**
10676	**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 €**
10677	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10678	**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 €**
10679	**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 €**
10680	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10679 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 €**
10681	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10682	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10681 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 €**
10683	**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 €**
10684	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10685	**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 Lymphknotendissektion - 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 €**
10686	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10687	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685 oder 10686 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 €**
10688	**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 €**
10689	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10688 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10690	**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 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 €**
10691	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10615, 10617, 10685, 10688 oder 10690 für die Bildung einer oder mehrerer Netzplombe(n)**	**139,78 €**
10692	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10661, 10662, 10663, 10664, 10683, 10684, 10685, 10686, 10688 oder 10690 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10692 ist für eine Nachresektion im gleichen Segment sowie neben dem Zuschlag nach Nummer 10693 für dasselbe Segment nicht berechnungsfähig.*	**153,66 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10693	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10661, 10662, 10663, 10664, 10683, 10684, 10685, 10686, 10688 oder 10690 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 - 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10693 ist für Nachresektion im gleichen Segment sowie neben dem Zuschlag nach Nummer 10692 für das gleiche Segment nicht berechnungsfähig.*	**460,98 €**
10694	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685, 10686, 10688 oder 10690 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 Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) - Drainage der Gallengänge *Der Zuschlag nach Nummer 10694 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10777 nicht berechnungsfähig.*	**239,42 €**
10695	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685, 10686, 10688 oder 10690 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 Lymphknotendissektion - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en)	**999,45 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10696	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10690 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 €**
10697	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10690 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 €**
10698	**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 - Übernähung von Serosadefekten - Maßnahmen zur Ileus- und/oder Rezidivprophylaxe - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) (auch vom Retroperitoneum)	**583,37 €**
10699	**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 - 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	**841,15 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10700	**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 €**
10701	**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 €**
10702	**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 €**
10703	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10704	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10703 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 €**
10705	**Tiefe anteriore Rektumresektion,** ggf. einschließlich - peranaler 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 Koloplastie) oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendissektion (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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10706	**Robotisch assistierte tiefe anteriore Rektumresektion,** ggf. einschließlich - peranaler Dehnung - Sondierung und Endoskopie - Entfernung auch von Anteilen des Kolon sigmoideum und descendens - Identifizierung und Schonung der Ureteren - enttweder Wiederherstellung der Kontinuität mit Anastomose und einfacher Reservoirbildung oder Anlage eines Enterostomas - loko-regionärer Lymphknotendissektion mit totaler mesorektaler Exzision - Gewebeentnahmen durch Aspiration - Probeexzisionen und/oder Probepunktion auch vom Retroperitoneum - Entfernung von Darminhalt oder Fremdkörpern - Dichtigkeitsprüfung von Anastomosen bzw. Hohlorganen auch endoskopisch *Die Leistung nach Nummer 10706 ist bei lokaler transanaler Tumorexzision, TEM/TAMIS ohne tiefe anteriore Rektumresektion, alleiniger Stomaanlage, diagnostischer Rektoskopie/Endoskopie oder palliativer Umgehungsoperation ohne Resektion nicht berechnungsfähig. Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt, z.B. Sakrumresektion, radikal-systematische Lymphadenektomie oder erweiterte multiviszerale Resektion bleiben neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 10706 berechnungsfähig.*	**1.660,00 €**
10707	**Ultratiefe (bis mindestens 2 cm an den Schließmuskel heranreichende) anteriore Rektumresektion,** ggf. einschließlich - peranaler 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 Lymphknotendissektion (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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10708	**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 Lymphknotendissektion (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 €**
10709	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10679, 10685, 10686, 10688, 10690, 10705, 10706, 10707 oder 10708 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) *Der Zuschlag nach Nummer 10709 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997 oder 10258 nicht berechnungsfähig.*	**239,42 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10710	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685, 10686, 10688, 10690, 10705, 10706, 10707 oder 10708 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) *Der Zuschlag nach Nummer 10710 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997, 10258, 10709 oder 10792 nicht berechnungsfähig.*	**557,38 €**
10711	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685, 10686, 10688, 10690 oder 10708 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 €**
10712	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10685, 10686, 10688 oder 10708 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 €**
10713	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10705, 10706 oder 10708 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10714	**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 €**
10715	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10714 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 €**
10716	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10717	**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 €**
10718	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10705, 10706, 10707, 10716 oder 10717 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 €**
10719	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10716 oder 10717 für die Rekonstruktion des Beckenbodens**	**481,45 €**
10720	**Darmimplantation (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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10721	**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 €**
10722	**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 €**
10723	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10724	**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 €**
10725	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724 für Re-Implantation später als 1 Woche nach Erst-Implantation**	**1.963,35 €**
10726	**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 €**
10727	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726 für plastischen Abdomenverschluss bei „large-for-size“ Organ**	**818,06 €**
10728	**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	**5.041,63 €**
10729	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726 oder 10728 für ausgedehnte Adhäsiolyse bei Vor-OP(s) im Oberbauch (z.B. Kasai-OP)**	**490,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10730	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726 oder 10728 für perihepatische Adhäsiolyse bei portaler Hypertension**	**490,84 €**
10731	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726 oder 10728 für auxiliäre Leberimplantation**	**736,26 €**
10732	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726 oder 10728 für ausgedehnte Adhäsiolyse von Darmschlingen, über mehr als einen Quadranten,** ggf. einschließlich Distalisierung einer vorhandenen Fußpunktanastomose	**425,39 €**
10733	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726 oder 10728 für das Splitten einer postmortal gespendeten Leber in eine anatomisch rechte und linke Leber**	**490,84 €**
10734	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726 oder 10728 für das links-lateral und rechtserweiterte Splitten einer postmortal gespendeten Leber**	**163,61 €**
10735	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726 oder 10728 für Re-Implantation (zu jedem Zeitpunkt)**	**425,39 €**
10736	**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 €**
10737	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10738	**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 €**
10739	**„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 *Die Leistung nach Nummer 10739 ist neben der Leistung nach Nummer 10777 für das Segment I nicht berechnungsfähig.*	**1.383,92 €**
10740	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10741	**Robotisch assistierte erweiterte oder komplexe Leberresektion, z.B. rechts oder links erweiterte Leberresektion, komplexe zentrale Leberresektion mit längerstreckiger intrahepatischer Freilegung von mindestens zwei Lebervenen oder erste 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 *Die Leistung nach Nummer 10741 ist bei einfacher oder limitierter Leberresektion ohne Kriterien einer erweiterten/komplexen Resektion, bei alleiniger Biopsie/Probeexzision, alleiniger Ablation, Zystenfenestrierung oder explorativer Laparotomie/Laparoskopie nicht berechnungsfähig. Gesonderte Zuschläge, insbesondere für weitere Resektionen, Gefäß-/Gallengangsrekonstruktionen, Lymphadenektomie oder laparoskopisches Vorgehen bleiben bei eigenständigem Leistungsinhalt gesondert berechnungsfähig.*	**2.440,00 €**
10742	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für jede weitere einfache Leberresektion** *Der Zuschlag nach Nummer 10742 ist mehrfach berechnungsfähig.*	**318,60 €**
10743	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für jede weitere limitierte Leberresektion, z.B. auch bei zusätzlicher Segment-I Resektion** *Der Zuschlag nach Nummer 10743 ist mehrfach berechnungsfähig.*	**478,30 €**
10744	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für retrohepatische V. cava-(Teil)Resektion und ggf. Rekonstruktion**	**797,17 €**
10745	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für Resektion des extrahepatischen Gallengangs und ggf. der Hepatikusgabel (einschließlich Rekonstruktion eines Gallengangs mittels Hepatiko-Jejunostomie, Herstellung einer Y-Roux-Schlinge und Fußpunktanastomose)** *Der Zuschlag nach Nummer 10745 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10777 nicht berechnungsfähig.*	**637,74 €**
10746	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für Rekonstruktion der Kontinuität eines (größeren) Gallenganges mittels Naht (inklusive direkter Gallengangs-Anastomose, ggf. inklusive T-Drainage)** *Der Zuschlag nach Nummer 10746 ist mehrfach berechnungsfähig.*	**318,87 €**
10747	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für Lebervenen-Rekonstruktion (Reinsertion in V. cava, ggf. Patch-Plastik oder Interponat)**	**478,30 €**
10748	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für laparoskopisches Vorgehen**	**318,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10749	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für Instillation hyperosmolarer Lösungen bei Operation bei Echinococcus cysticus/granulosus**	**239,15 €**
10750	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 für intraoperative Radiofrequenzablation (inklusive B-Bild und Farbdoppler-Sonographie-Kontrolle zur Intervention),** pro abladiertem Tumorknoten	**78,68 €**
10751	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10739, 10740 oder 10741 für Pfortader-Segment-Resektion (mit direkter Rekonstruktion)**	**239,15 €**
10752	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10739, 10740 oder 10741 für Arterien-Segment-Resektion (mit direkter Rekonstruktion)**	**239,15 €**
10753	**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 €**
10754	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726, 10728 oder 10753 für komplexe Gefäßrekonstruktion, z.B. mit Interponaten (Arterie, Lebervene oder Pfortader),** je komplexer Rekonstruktion	**981,68 €**
10755	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724 oder 10753 für bilio-digestive Anastomose (direkt, ohne Y-Roux-Schlinge)**	**763,54 €**
10756	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10753 für Gallengangsrekonstruktion (direkt)**	**216,65 €**
10757	**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 €**
10758	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10757 für Cholezystostomie mittels Jejunum-Interponat,** einschließlich Cholezysto-jejunaler Anastomose, Stoma-Anlage an der Bauchwand sowie direkter Rekonstruktion des Jejunums	**433,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10759	**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 €**
10760	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10761	**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 €**
10762	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726, 10728, 10737, 10738, 10739, 10740, 10741 oder 10761 für transhepatische Gallengangsschienung**	**163,61 €**
10763	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10724, 10726, 10728, 10753 oder 10761 für bilio-digestive Anastomose als Hepatiko-Jejunostomie (mit transponierter Y-Roux-Schlinge, einschließlich Fußpunktanastomose)**	**736,26 €**
10764	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726, 10728, 10737, 10738, 10739, 10740 oder 10741 oder 10761 für komplexe Gallengangsrekonstruktion (bei Notwendigkeit der Anastomosierung von mehr als einem Gallengang),** je zusätzlichem Gang	**216,65 €**
10765	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740, 10741 oder 10761 für limitierte Lymphadenektomie Lig. hepatoduodenale (Kategorie II)**	**318,87 €**
10766	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740, 10741 oder 10761 für systematische Lymphadenektomie Lig. hepatoduodenale, A. hepatica communis, Truncus coeliacus und hinterer Pankreaskopf (Kategorie III)**	**637,74 €**
10767	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10737, 10738, 10739, 10740, 10741 oder 10761 für erweiterte Lymphadenektomie, einschließlich parakaval, paraaortal, kleine Magenkurvatur, ggf. einschließlich vorderes unteres Mediastinum (von abdominal, transdiaphragmal) (Kategorie IV)**	**797,17 €**
10768	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10759, 10760 oder 10761 für intraoperative Cholangioskopie**	**84,52 €**
10769	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10761 für Hepatikusgabelresektion, so dass mindestens 2 zu anastomosierende Gallengänge resultieren**	**433,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10770	**Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen mit Rekonstruktion der Gallengänge bei einem Patienten bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (z.B. Hepatoportoenterostomie),** 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 €**
10771	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10761 oder 10770 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 €**
10772	**Operative Papillenexstirpation oder Papillenspaltung mit Eröffnung des Duodenums,** 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 Duodenums mit Dichtigkeitsprüfung - Drainage von Gallen- und Pankreasgängen	**678,69 €**
10773	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10772 für die Replantation von Gallen- und/oder Pankreasgängen,** ggf. einschließlich Versorgung des Pankreas	**577,74 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10774	**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 €**
10775	**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 €**
10776	**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 Anastomosenoder Hohlorganen, auch endoskopisch	**5.041,63 €**
10777	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10726, 10728 oder 10776 für erweiterte „backtable“-Präparation durch komplexe arterielle oder venöse Rekonstruktionen oder Ergänzungen des Transplantates vor der Implantation**	**399,23 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10778	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10776 für Nierentimplantation beim Pankreasempfänger**	**864,99 €**
10779	**Entfernung eines transplantierten Pankreas, z.B. bei Pankreatitis oder Nekrose,** einschließlich Rekonstruktion des Dünndarms, ggf. einschließlich Spülung und Drainage	**2.260,21 €**
10780	**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 €**
10781	**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 €**
10782	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10783	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10782 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 €**
10784	**Duodenum-erhaltende Resektion des Kopfteiles 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10785	**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 €**
10786	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10787	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10784 oder 10786 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 €**
10788	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10789	**Robotisch assistierte Pankreaslinksresektion bzw. distale Pankreatektomie nach onkologischer oder benigner Indikation,** 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 - Mobilisation von Pankreaskörper und -schwanz - Durchtrennung und Versorgung des Pankreasparenchyms und des Pankreasgangs *Die Leistung nach Nummer 10789 ist bei Enukleation, Pankreassegmentresektion, Drainageoperation, Zystojejunostomie, Pankreaskopfresektion/Whipple-Operation, totaler Pankreatektomie oder explorativer Operation ohne Pankreasresektion nicht berechnungsfähig. Gesonderte Zuschläge mit eigenständigem Leistungsinhalt, z.B. milzerhaltende Dissektion oder zusätzliche Lymphadenektomie bleiben bei erfüllten Voraussetzungen neben der robotischen Hauptleistung nach Nummer 10789 berechnungsfähig.*	**1.660,00 €**
10790	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10788 oder 10789 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10791	**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 €**
10792	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10632, 10633, 10636, 10663, 10664, 10681, 10683, 10738, 10746, 10760, 10772, 10781, 10782, 10785, 10786 oder 10791 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) *Der Zuschlag nach Nummer 10792 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997, 10258, 10709 oder 10710 nicht berechnungsfähig.*	**511,78 €**
10793	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10669, 10726, 10738, 10746, 10759, 10782, 10784, 10785, 10786 oder 10791 für Gallengangsrevision**	**190,17 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10794	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10785 oder 10791 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10794 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10795 nicht berechnungsfähig.*	**239,15 €**
10795	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10785 oder 10791 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10795 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10794 nicht berechnungsfähig.*	**224,88 €**
10796	**Milzerhaltende 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10797	**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 €**
10798	**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 €**
10799	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10797 oder 10798 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 €**
10800	**Radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendissektion 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) *Die Leistung nach Nummer 10800 ist neben der Leistung nach Nummer 9982, 9983, 10258, 10801, 10804 oder 13610 nicht berechnungsfähig.*	**1.002,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10801	**Erweiterte radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendissektion 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 Lymphknotendissektion - 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) *Die Leistung nach Nummer 10801 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997, 10800 oder 10804 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 10801 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**1.002,27 €**
10802	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10162, 10164, 10216, 10679, 10685, 10686, 10688, 10705, 10706, 10707, 10708, 10800 oder 10801 für Lymphknotendissektion, 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 *Der Zuschlag nach Nummer 10802 ist neben der Leistung nach Nummer 10710 auch bei beidseitiger Dissektion nur einmal berechnungsfähig, ansonsten je Seite.Der Zuschlag nach Nummer 10802 ist neben pelviner Lymphadenektomie oder neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997 oder 10166 nicht berechnungsfähig.Der Zuschlag nach Nummer 10802 ist neben der Leistung nach Nummer 10806 oder 10810 für dieselbe Seite nicht berechnungsfähig.*	**391,06 €**
10803	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10801 für den Fall, dass Unterbauch und Oberbauch kombiniert behandelt werden** *Wird der Zuschlag nach Nummer 10803 berechnet, kann die Leistung nach Nummer 10801 nur einmal berechnet werden.* *Die Leistung nach Nummer 10803 ist einmal pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**387,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10804	**Erweiterte radikale, para- und interaortokavale Lymphknotendissektion der gesamten Bauchhöhle, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - Dissektion der Mesenterialwurzel - präsakrale und iliacale Lymphknotendissektion - 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) *Die Leistung nach Nummer 10804 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997, 10258, 10800, 10801 oder 10810 nicht berechnungsfähig.*	**1.065,05 €**
10805	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10629, 10633, 10636, 10663, 10664, 10681, 10683, 10738, 10746, 10760, 10772, 10781, 10782, 10785, 10786, 10791, 10800, 10801 oder 10804 für separat und gezielt durchgeführte, radikale Lymphknotendissektion 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) *Der Zuschlag nach Nummer 10805 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10637 oder 10645 nicht berechnungsfähig.*	**531,45 €**
10806	**Radikale Lymphknotendissektion 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 *Die Leistung nach Nummer 10806 ist neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997 oder 10804 nicht berechnungsfähig.*	**639,89 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10807	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10679, 10685, 10686, 10688, 10705, 10706, 10707, 10708, 10800, 10801, 10804 oder 10806 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) *Der Zuschlag nach Nummer 10807 ist neben pelviner Lymphadenektomie oder neben der Leistung nach Nummer 9980, 9982, 9983, 9984, 9997 oder 10166 nicht berechnungsfähig.*	**956,60 €**
10808	**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 *Die Leistung nach Nummer 10808 ist neben der Leistung nach Nummer 9976 oder 10262 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistungen nach Nummer 10808 ist neben der Leistung nach Nummer 10809 oder 10810 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.*	**534,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10809	**Radikale inguinokrurale Lymphknotendissektion, 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 *Die Leistung nach Nummer 10809 ist neben der Leistung nach Nummer 9976 oder 10262 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistungen nach Nummer 10809 ist neben der Leistung nach Nummer 10808 oder 10810 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.*	**678,69 €**
10810	**Radikale iliako-inguino-krurale Lymphknotendissektion mit Eröffnung des Retroperitoneums, als selbständige Leistung,** ggf. einschließlich - inguinokruraler Zugänge - Eingriffen am Lymphsystem - präsakraler Lymphknotendissektion - 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 *Die Leistung nach Nummer 10810 ist neben der Leistung nach Nummer 9976, 9980, 9982, 9983, 9984, 9997 oder 10262 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.* *Die Leistungen nach Nummer 10810 ist neben der Leistung nach Nummer 10808 oder 10809 für die Lymphadenektomie an derselben Seite nicht berechnungsfähig.*	**967,56 €**
10811	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10605, 10686, 10687, 10688, 10690, 10699, 10705, 10706, 10707, 10708, 10709, 10710, 10711, 10712, 10714, 10715, 10716, 10792, 10801, 10802, 10804, 10806, 10807 oder 10810 für zirkuläre Freilegung der Ureteren aus dem Gewebeverband**	**295,49 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10812	**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 viszeralen Peritonealkarzinoseherden - Absaugen auch großer Mengen Flüssigkeit - Gewebeentnahme(n) durch Aspiration - Probeexzision(en) und/oder Probepunktion(en) *Der Zuschlag nach Nummer 10812 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 9974, 10536 oder 10691 nicht berechnungsfähig.*	**160,89 €**
10813	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10604, 10610, 10614, 10615, 10617, 10660, 10661, 10662, 10663, 10664, 10669, 10670, 10671, 10672, 10678, 10679, 10681, 10683, 10684, 10685, 10686, 10688, 10690, 10698 oder 10812 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 €**
10814	**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 €**
10815	**Zuschlag für die Konversion im Rahmen eines operativ-endoskopischen Verfahrens auf ein offen chirurgisches Verfahren im begründeten Einzelfall** *Eine sog. Mini-Laparotomie im Rahmen eines operativ-endoskopischen Verfahrens gilt nicht als Konversion.* *Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.*	**216,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10816	**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) *Der Zuschlag nach Nummer 10816 ist neben der Leistung nach Nummer 10796 nicht berechnungsfähig.*	**96,29 €**
10817	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10817 ist neben der Leistung nach Nummer 10818 oder 10819 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.*	**96,73 €**
10818	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10818 ist neben der Leistung nach Nummer 10817 oder 10819 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.*	**188,03 €**
10819	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 10819 ist neben der Leistung nach Nummer 10817 oder 10818 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.*	**465,24 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

XVIII. Operative Proktologie 11.18

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10900	**Peranale 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	**Peranale 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 10900 oder 10901 für transanale endoskopische mikrochirurgische Abtragung**	**295,17 €**
10903	**Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses, 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10904	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10903 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 €**
10905	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10903 oder 10904 für zirkuläre Freilegung der Ureteren aus dem Gewebeverband**	**165,07 €**
10906	**Spaltung bei Perianalvenenthrombose mit Thrombus-Expression(en),** ggf. einschließlich Naht	**67,89 €**
10907	**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 *Die Leistung nach Nummer 10907 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**163,46 €**
10908	**Entfernung einer Analfissur,** ggf. einschließlich - Sphinkter-Dehnung und Sondierung - Reinigung und Spülung des Darms - Einsatz von Diathermie - Laser oder anderen Vorrichtungen - Tamponadeneinlage - Drainagen *Die Leistung nach Nummer 10908 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**112,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10909	**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 €**
10910	**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 *Die Leistung nach Nummer 10910 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**188,63 €**
10911	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10910 für Reposition und lokale Raffung der Rektumwand**	**115,07 €**
10912	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10913	**Hohe intraanale Exzision(en) und/oder thermoablative Verfahren (Laser oder Radiofrequenz) zur Behandlung 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 *Die Leistung nach Nummer 10913 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**211,87 €**
10914	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10913 für plastische Rekonstruktion des Analkanals (z.B. nach Parks, Fansler und Arnold) und/oder Analplastik**	**123,71 €**
10915	**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 €**
10916	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10901 oder 10915 für Vollwand-Resektion,** ggf. einschließlich - mikrochirurgisches Vorgehen und/oder High Resolution Anoskopie (HRA) - Verlagern und Refixieren des Rektums	**181,59 €**
10917	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10915 für plastischen Wundverschluss ohne Muskelplastik**	**224,89 €**
10918	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10915 für Rekonstruktion mit Muskelplastik**	**337,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
10920	**Peranale 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, 10915 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	**Peranale zirkuläre Mukosektomie und Muskularisraffung (z.B. nach Rehn-Delorme)**	**567,19 €**
10923	**Peranale zirkuläre Rektumsegmentresektion (z.B. nach Mikulicz-Altemeier)**	**649,86 €**
10924	**Peranale 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 Abszesses,** ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	**151,34 €**
10933	**Exzision eines ischioanalen Abszesses,** ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	**211,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10934	**Exzision eines pelvirektalen Abszesses,** ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	**263,45 €**
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 und/oder thermoablative Verfahren (Laser oder Radiofrequenz) zur Behandlung eines Pilonidalsinus,** ggf. einschließlich - Punktion - Gewebeentnahme - Abstrich - Tamponade - Einlegen einer Drainage	**300,00 €**
10938	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10937 für primären lateralen Wundverschluss (z.B. Karydakis)** *Der Zuschlag nach Nummer 10938 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10939 nicht berechnungsfähig.*	**67,20 €**
10939	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 10937 für primäre Deckung mit Verschiebelappenplastik (z.B. Limberg)** *Der Zuschlag nach Nummer 10939 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 10938 nicht berechnungsfähig.*	**115,20 €**
10940	**Exzision einer subkutanen, submukösen und/oder intersphinktären Analfistel,** einschließlich Inzision, ggf. einschließlich - Fadeneinlage - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung, je Fistel *Die Leistung nach Nummer 10940 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**163,67 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10941	**Exzision und/oder thermoablative Verfahren (Laser oder Radiofrequenz) zur Behandlung einer transsphinkterischen Analfistel, auch ihres verzweigten Gangsystems,** einschließlich Inzision, ggf. einschließlich - Fadeneinlage - Kürettage des Fistelkanals und Umschneidung der äußeren Fistelöffnung, je Fistel oder Gangsystem *Die Leistung nach Nummer 10941 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**311,86 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 10942 ist je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**395,98 €**
10943	**Primäre Rekonstruktion des Sphinkters nach Durchtrennung** *Die Leistung nach Nummer 10943 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**371,29 €**
10944	**Plastische Rekonstruktion des Analkanals mittels Verschiebelappenplastiken, z.B. Mucosa advancement flaps, Rektumvollwand-Flaps und/oder Dermal island flaps** *Die Leistung nach Nummer 10944 ist je Sitzung einmal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 10945 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**155,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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, 10903, 10904, 10919 oder 10946 für die Rekonstruktion des Beckenbodens**	**165,07 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10950	**Einseitige Gracilisplastik bei Analsphinkterinsuffizenz,** 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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
10958	**Explantation eines permanten 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** *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.*	**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** *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.*	**59,56 €**
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** *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.*	**129,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **M**

Ärztliche Laboratoriumsleistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

1. **Die Erbringung von laboratoriumsdiagnostischen Leistungen soll nach Maßgabe der tatsächlichen medizinischen Qualifikation des abrechnenden Arztes erfolgen.**

2. **Die Abrechnung der Leistungen den 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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, Nebeneinanderausschluss 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 6. und 7. Stelle der Nummer durch H1 bis H4 entsprechend gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Nummer 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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Präsenzlabor 12.01

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1. Klinische Chemie/Einzelparameter 12.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11000	**Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)** Vollblut; 1-Stunden-Wert; Blutsenkungspipette (Testformat: manuell oder automatisiert); Auswertung: visuell-quantitativ oder apparativ-quantitativ (mm/Std.). *Die Leistung nach Nummer 11000 ist neben der Leistung nach Nummer 11822 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11001 ist neben der Leistung nach Nummer 12694 nicht berechnungsfähig.*	**32,74 €**
11002	**C-reaktives Protein (CRP)** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Partikelagglutination); Auswertung: apparativ-quantitativ oder visuell-semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11002 ist neben der Leistung nach Nummer 12656 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11003 ist neben der Leistung nach Nummer 11899 nicht berechnungsfähig.*	**18,67 €**
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 (Bilirubinnomogramm). *Die Leistung nach Nummer 11004 neben der Leistung nach Nummer 4013 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 11004 ist für die Bilirubinbestimmung bei Neugeborenen mittels Blutgasanalysatoren nicht berechnungsfähig.*	**9,01 €**
11005	**Glukose** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11005 ist neben der Leistung nach Nummer 11065 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Vollblut, Serum oder Plasma handelt.*	**2,79 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11006	**Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11006 ist neben der Leistung nach Nummer 11067 nicht berechnungsfähig.*	**4,29 €**
11007	**Glykierte Hämoglobine (HbA1c)** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. Ionenaustauschchromatographie, Immunturbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11007 ist neben der Leistung nach Nummer 11068 nicht berechnungsfähig.*	**9,01 €**
11008	**Hämoglobin** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11008 ist neben der Leistung nach Nummer 11025 nicht berechnungsfähig.*	**1,70 €**
11009	**Harnsäure** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11009 ist neben der Leistung nach Nummer 11069 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11011 ist neben der Leistung nach Nummer 11072 nicht berechnungsfähig.*	**4,91 €**
11012	**Ketonkörper (Beta-Hydroxybutyrat)** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie] oder vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11012 ist neben der Leistung nach Nummer 12923 nicht berechnungsfähig.*	**2,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11013	**Kreatinin** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (z.B. vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie], vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11013 ist neben der Leistung nach Nummer 11073 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**4,91 €**
11014	**Pankreas-Amylase** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Trockenchemie] oder vorgefertigte Reagenzzubereitung [Nasschemie]); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11014 ist neben der Leistung nach Nummer 11053 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**6,27 €**
11015	**Thromboplastinzeit, Kapillarblut (Kapillar-Quick)** Einzelparameter; Koagulometer oder vorgefertigter Reagenzträger; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11015 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11102 oder 11103 nicht berechnungsfähig.*	**6,46 €**
11016	**Troponin (T oder I)** Einzelparameter; Vollblut (ggf. antikoaguliert); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Partikelagglutination); Auswertung: apparativ-quantitativ oder visuell-semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11016 ist neben der Leistung nach Nummer 12714 nicht berechnungsfähig.*	**12,21 €**
11017	**Vaginalsekret** klinisch-chemische Schnelltestformate (vorgefertigter Reagenzträger [Vaginal pH-Teststreifen]); Auswertung: simultan-visuell-semiquantitativ oder simultan-apparativ-semiquantitativ	**1,81 €**
11018	**Tumorantigen** Abklärung Harnblasentumor; Urin, immunologische Schnelltestformate; Auswertung: z.B. visuell-qualitativ, apparativ-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 11018 ist aus demselben Material einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 11018 ist neben der Leistung nach Nummer 12974 nicht berechnungsfähig.*	**20,00 €**
11019	**ACT-Messung (Activated Clotting Time) als patientennahe Gerinnungsdiagnostik (POC)**	**12,07 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2. Klinische Chemie/Parameterprofil 12.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11025	**Blutbild, insgesamt** Parameterprofil (mindestens Hämoglobin, Leukozyten und Thrombozyten); Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer; Auswertung: simultan-apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11025 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11008 oder 11090 nicht berechnungsfähig.*	**3,69 €**
11026	**Blutgase, insgesamt** Parameterprofil Blutgase (mindestens pH, pCO2 und pO2); Vollblut (antikoaguliert); Blutgasanalysegerät; Auswertung: simultan-apparativ-quantitativ.	**16,84 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 11029 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11030 oder 11751 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11030 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11029 oder 11751 nicht berechnungsfähig.*	**2,89 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3. Mikroskopie 12.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11035	**Sonstiges nicht in den Leistungen nach Nummer 11036, 11037 oder 11038 genanntes Nativmaterial** Ggf. einschließlich Probenaufbereitung und/oder Färbung (z.B. Methylenblau, Gram); z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**2,92 €**
11036	**Synovia** Untersuchung auf Kristalle; z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 11036 ist neben der Leistung nach Nummer 12820 nicht berechnungsfähig.*	**2,13 €**
11037	**Urinsediment** Urin, einschließlich Zentrifugation; Sediment-Gesichtsfeld-Methode: z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11037 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11749 oder 11750 nicht berechnungsfähig.*	**2,27 €**
11038	**Urogenitalsekret oder -abstrich** Ggf. einschließlich Probenaufbereitung und/oder Färbung (z.B. Methylenblau, Gram); z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**2,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

4. Infektiologie 12.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11040	**Clostridium difficile (Stuhl, ungeformt, flüssig-breiig)** 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. *Die Leistung nach Nummer 11040 ist neben der Leistung nach Nummer 12376 oder 12458 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11043 ist neben der Leistung nach Nummer 12598 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**13,45 €**
11044	**Legionella (Urin)** Antigennachweis (z.B. Lipopolysaccharid); Urin; immunologische Schnelltestformate (z.B. Lateral-Flow-Assay); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 11044 ist neben der Leistung nach Nummer 12383 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**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. Hämolyse); 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. *Die Leistung nach Nummer 11046 ist neben der Leistung nach Nummer 12388 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**29,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11047	**Respiratory-Syncytial-Virus (Nasen-/Rachenraum-Abstrich)** Antigennachweis; einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie, Dipstick-Test); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 11047 ist neben der Leistung nach Nummer 12601 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Basislabor 12.02

Allgemeine Bestimmungen

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1. Klinische Chemie 12.02.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11051	**Albumin** Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11051 neben der Leistung nach Nummer 12651 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**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-quantitatv. *Die Leistung nach Nummer 11053 ist neben der Leistung nach Nummer 11014 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11059	**Cholinesterase (Pseudocholinesterase oder echte Cholinesterase)** Serum oder Plasma, Erythrozyten; Photometrie (substratspezifische Messreaktion [z.B. Butyrylthiocholin, Acetylthiocholin], allgemeine Indikatorreaktion); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11059 ist zweimal berechnungsfähig, wenn anstelle der molekulargenetischen Abklärung einer fraglichen atypischen CHE die Dibucainzahl oder Fluoridzahl bestimmt wird.*	**1,20 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 11061 ist neben der Leistung nach Nummer 12926 nicht berechnungsfähig.*	**2,70 €**
11062	**Eisen, photometrisch** Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11062 ist neben der Leistung nach Nummer 12841 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11065 ist neben der Leistung nach Nummer 11005 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Vollblut, Serum oder Plasma handelt.*	**0,89 €**
11066	**Glutamatoxalazetattransaminase (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. *Die Leistung nach Nummer 11067 ist neben der Leistung nach Nummer 11006 nicht berechnungsfähig.*	**0,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11068	**Hämoglobin A1c (HbA1c)** Vollblut (antikoaguliert); Chromatographie (z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie [HPLC]), Immunnephelometrie, -turbidimetrie, Signal- (Tracer-)verstärkter Immunoassay, Kapillarzonenelektrophorese (CZE); Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. %-Anteil, mmol/mol Hb). *Die Leistung nach Nummer 11068 ist neben der Leistung nach Nummer 11007 nicht berechnungsfähig.*	**5,05 €**
11069	**Harnsäure** Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11069 ist neben der Leistung nach Nummer 11009 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**1,06 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 11072 ist neben der Leistung nach Nummer 11011 nicht berechnungsfähig.*	**1,31 €**
11073	**Kreatinin** Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (z.B. Analyt-Farbkomplex [Jaffé-Methode], Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11073 ist neben der Leistung nach Nummer 11013 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um Serum oder Plasma handelt.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11077	**Magnesium** Serum oder Plasma, Vollblut (antikoaguliert); z.B. Photometrie (Analyt-Farbkomplex), Potenziometrie (ionenselektive Elektrode); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die medizinische Indikation der Leistung nach Nummer 11077 ist in der Rechnung anzugeben.*	**1,71 €**
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; Kapillarzonenelektrophorese (CZE), Detektion (z.B. UV-Laser); Auswertung quantitativ (%, g/l).	**3,80 €**
11081	**Saure Phosphatase (sP)** Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die medizinische Indikation der Leistung nach Nummer 11081 ist in der Rechnung anzugeben.*	**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 €**
11084	**Glykiertes Albumin** Vollblut (antikoaguliert); z.B. enzymatischer Test, Chromatographie, Immunoassay. *Die Leistung nach Nummer 11084 ist nicht neben der Nummer 11007 oder 11068 berechnungsfähig*	**8,75 €**
11085	**Oxidiertes LDL, IA** Serum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**4,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2. Hämatologie 12.02.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**1,61 €**
11091	**Leukozyten-Differenzierung** Mechanisiertes Differenzialblutbild; Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer (z.B. Volumen-Konduktivität-Streulicht-Technologie, Durchflusszytometrie-Zytochemie-Technologie); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11091 ist zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 11025 oder 11090 berechnungsfähig.*	**0,75 €**
11092	**Retikulozytenzahl, mechanisiert** Vollblut (antikoaguliert); Hämatologie-Analyzer (Durchflusszytometrie [Zählung, ggf. einschließlich gerätespezifischer Retikulozyten-Indizes]); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11092 ist zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 11090 berechnungsfähig.*	**1,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3. Blutgerinnung 12.02.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 11102 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11015 oder 11103 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11103 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11015, 11102 oder 11905 nicht berechnungsfähig.*	**3,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

4. Funktionstests 12.02.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

III. Speziallabor 12.03

Allgemeine Bestimmungen

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

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11118	**Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Leistungen** *Gebührennummern 11121, 11123, 11125, 11127, 11129, 11131, 11132, 11135, 11137, 11139, 11141, 11143, 11145, 11147, 11149, 11151, 11153, 11155, 11157, 11159, 11161, 11163, 11165 oder 11167.*	**90,78 €**
11119	**Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Leistungen** *Gebührennummern 12961, 12962, 12963, 12964, 12965, 12967, 12969, 12973, 12977, 12979, 12980 oder 12981.*	**94,82 €**
11120	**Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Leistungen** *Gebührennummern 11998, 11999, 12030, 12031 oder 12713.*	**29,11 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1. Autoantikörper, Allergene 12.03.01

Allgemeine Bestimmungen

1. **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 der Nummer 11242 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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*	Gebührensatz
11121	**Basalmembran, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**21,85 €**
11122	**Basalmembran, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**36,80 €**
11123	**Basalmembran/Haut, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11124	**Basalmembran/Haut, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11125	**Basalmembran/Tubulus, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11126	**Basalmembran: Tubulus, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11127	**Becherzellen/Colon, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11128	**Becherzellen/Colon, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11129	**Desmosomen/Haut, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11130	**Desmosomen/Haut, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11131	**Endomysium-IgA, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11132	**Endomysium-IgG, IFT qualitativ** Bei vermutetem oder bekannten IgA-Mangel und/oder negativem Befund für Endomysium-IgA.	**25,63 €**
11133	**Endomysium-IgG, IFT quantitativ** Bei vermutetem oder bekannten IgA-Mangel und/oder negativem Befund für Endomysium-IgA.	**35,38 €**
11134	**Endomysium-IgA, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11135	**Glatte Muskulatur (ASMA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis (z.B. F-Actin-Autoantikörper); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**18,33 €**
11136	**Glatte Muskulatur (ASMA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis (z.B. F-Actin-Autoantikörper); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**32,08 €**
11137	**Herzmuskulatur (HMA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**18,33 €**
11138	**Herzmuskulatur (HMA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**32,08 €**
11139	**Inselzellen (ICA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,45 €**
11140	**Inselzellen (ICA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11141	**Kerne (ANA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**18,33 €**
11142	**Kerne (ANA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**32,08 €**
11143	**Leber-Niere-Mikrosomen (LKM), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11144	**Leber-Niere-Mikrosomen (LKM), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11145	**Mitochondrien (AMA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**18,33 €**
11146	**Mitochondrien (AMA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**32,08 €**
11147	**Myelin-assoziiertes Glykoprotein (MAG), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11148	**Myelin-assoziiertes Glykoprotein (MAG), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11149	**nDNA (Crithidia luciliae [CLIFT]), qualitativ** Abklärung positiver ANA-Befunde; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11150	**nDNA (Crithidia luciliae [CLIFT]), quantitativ** Abklärung positiver ANA-Befunde; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,67 €**
11151	**Nebennierenrinde, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11152	**Nebennierenrinde, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11153	**Onkoneuronale Antigene (ONA [z.B. Hu, Ri, Yo, Ma, Tr, Amphiphysin]), je Ansatz, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) onkoneurale(en) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**25,63 €**
11154	**Onkoneuronale Antigene (ONA [z.B. Hu, Ri, Yo, Ma, Tr, Amphiphysin]), je Ansatz, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Das/Die untersuchte(n) onkoneurale(en) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,38 €**
11155	**Ovar, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**22,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11156	**Ovar, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**38,88 €**
11157	**Pankreas/Acinusepithel (PAK), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11158	**Pankreas/Acinusepithel (PAK), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11159	**Parietalzellen (PCA), IFT qualitativ** Abklärung atrophische Gastritis; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**18,33 €**
11160	**Parietalzellen (PCA), IFT quantitativ** Abklärung atrophische Gastritis; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**32,08 €**
11161	**Skelettmuskulatur (SMA), IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11162	**Skelettmuskulatur (SMA), IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11163	**Speichelgang/Epithel, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**25,63 €**
11164	**Speichelgang/Epithel, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,38 €**
11165	**Zentromerregion (ACA), IFT qualitativ** Abklärung systemische Sklerose; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**20,15 €**
11166	**Zentromerregion (ACA), IFT quantitativ** Abklärung systemische Sklerose; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**35,26 €**
11167	**Zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (p-ANCA, c-ANCA), insgesamt, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; ethanol-/formalinfixierte neutrophile Granulozyten, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**12,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11168	**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 €**
11169	**NMDA-Rezeptor-AAk, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie: qualitativ.	**21,85 €**
11170	**NMDA-Rezeptor-AAk, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie: quantitativ.	**36,80 €**
11171	**Aquaporin 4-AAk, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie: qualitativ.	**21,85 €**
11172	**Aquaporin 4-AAk, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie: quantitativ.	**36,80 €**
11173	**Sonstige, IFT qualitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**21,85 €**
11174	**Sonstige, IFT quantitativ** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma oder Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**36,80 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1.1.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.01.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11181	**Asialoglykoprotein-Rezeptor, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**24,37 €**
11182	**Azetylcholinrezeptor (AChR), IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**46,48 €**
11183	**Basalmembran/Glomerulus, IA** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis (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** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**23,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Das/Die untersuchte(n) Gangliosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11199	**Insulin, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**31,63 €**
11200	**Interferon alpha, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**25,43 €**
11201	**Intrinsic-Faktor (IFA-Typ1), IA** Autoantikörpernachweis; 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.Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**16,62 €**
11203	**Kollagen, IA** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**21,08 €**
11205	**LKM-1, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**20,44 €**
11206	**Mikrosomen (Thyreoperoxidase, TPO), IA** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,00 €**
11208	**Myeloperoxydase (p-ANCA), IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**14,51 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Die Leistung nach Nummer 11213 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Rheumafaktornachweis nach Nummer 11212.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
11219	**Sm-Antigen, IA** Autoantikörpernachweis; 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** Autoantikörpernachweis; 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; Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**17,22 €**
11222	**SS-A/Ro-Antigen, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**16,43 €**
11223	**SS-B/La-Antigen, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,04 €**
11224	**Thyreoglobulin, IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**19,17 €**
11225	**Titin (MGT 30), IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**17,22 €**
11226	**TSH-Rezeptor (TRAK), IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**21,47 €**
11227	**Zentromer (CENP-B), IA** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11228	**Zirkulierende Immunkomplexe (CIC), insgesamt** Autoantikörpernachweis (z.B. gegen C1q); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, ggf. einschließlich vorangehender PEG-Fällung; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten).	**19,28 €**
11229	**DFS70, IA** Autoantikörpernachweis gegen das nukleäre Protein DFS70, Serum oder Plasma, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**27,77 €**
11230	**Phospholipide, (Phosphatidylserin, Phosphatidylethanolamin, Prothrombin), je Phospholipid, IA** Autoantikörpernachweis, Serum oder Plasma, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**27,77 €**
11231	**Kerne (ANA), IA** Autoantikörpernachweis, Serum oder Plasma, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml. *Die Leistung ist nicht neben der Nummer 11141 und/oder 11142 berechnungsfähig.*	**22,43 €**
11232	**Anti cN-1A (Mup44) IgG** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**19,94 €**
11233	**Sonstige, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA)** Autoantikörpernachweis; Serum, Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**27,78 €**
11234	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1.1.3 Antigengemische, Autoantikörperprofile 12.03.01.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11241	**Antigen-Pool, insgesamt** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gemisch aus mindestens zwei Zielantigenen, Signal-(Tracer-)verstärkter Immuinoassay; Auswertung: apparativ semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben.*	**26,45 €**
11242	**Autoantikörper-Profil** Serum oder Plasma; mindestens zwei Zielantigene oder Substrate; Simultanauswertung; Signa-(Tracer-)verstärkter Immunoassay oder Immunoblot oder Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ oder semi-quantitativ (relative Einheiten, Titerangabe). *Die untersuchten Zielantigene sind in der Rechnung anzugeben.*	**42,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1.1.4 Immunoblot 12.03.01.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11243	**Autoantikörper-Westernblot, insgesamt** Autoantikörpernachweis; Serum oder Plasma; Gel-Elektrophorese (definierter Antigenextrakt), Antigentransfer (z.B. Elektroblotting), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (Banden); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. *Das/Die untersuchte(n) Zielantigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**66,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

1.2 Allergene 12.03.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 11261 ist nicht berechnungsfähig, wenn die allergologische Fragestellung mit einer begrenzten Zahl klinisch klar definierter Einzelallergene ausreichend beantwortet werden kann.*	**190,00 €**
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, Immunoblot, Immunchromatographie; Auswertung: z.B. apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten), visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. *Die untersuchten Allergene sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11262 ist pro Patientenprobe bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**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). *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.*	**11,92 €**
11264	**Maus-Immunglobulin-Antikörper (HAMA)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**21,22 €**
11265	**Antikörper gegen rekombinante Arzneimittel, IA** Antikörpernachweis (z.B. gegen Adalimumab, Infliximab); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). *Der/Die untersuchte(n) Antikörper ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**30,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 der Nummer 11643 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.**

3. **Soweit die Bestimmung der Immunglobulinklasse (IgG, IgM, IgA) aufgrund der medizinischen Fragestellung diagnostisch erforderlich ist, kann die Leistung je Immunglobulinklasse abgerechnet werden. Die Immunglobulinklasse ist in der Rechnung anzugeben.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.1 Bakterien 12.03.02.01

2.1.1 Agglutination (AT) 12.03.02.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
11283	**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 €**
11284	**Legionella, AT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: visuell-qualitativ.	**11,83 €**
11285	**Legionella, AT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	**19,73 €**
11286	**Leptospira, MAT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: mikroskopisch-qualitativ.	**13,54 €**
11287	**Leptospira, MAT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Mikroagglutinationstest; Auswertung: mikroskopisch-quantitativ (Endtiter).	**19,73 €**
11288	**Mycoplasma pneumoniae, AT qualitativ** Antikörpernachweis (Suchtest); Serum oder Plasma; z.B. Parikelagglutination; Auswertung: visuell-qualitativ.	**8,14 €**
11289	**Salmonella-H-Antigene, je Antigen, quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). *Die Leistung nach Nummer 11289 ist pro Patientenprobe bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**11,03 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11290	**Salmonella-O-Antigene, je Antigen, quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). *Die Leistung nach Nummer 11290 ist pro Patientenprobe bis zu viermal berechnungsfähig.*	**11,03 €**
11291	**Treponema pallidum, qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. TPHA, TPPA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test; Auswertung: visuell-qualitativ.	**6,74 €**
11292	**Treponema pallidum, quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. TPHA, TPPA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test; Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). *Die Leistung nach Nummer 11292 ist zweimal berechnungsfähig, wenn nach einem positiven Suchtest (z.B. TPPA) die Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit folgen soll (z.B. VDRL-Test).*	**11,06 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.1.2 Immunfluoreszenz (IFT) 12.03.02.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11300	**Bartonella henselae, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**13,26 €**
11301	**Bartonella henselae, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**24,55 €**
11302	**Bartonella quintana, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**13,26 €**
11303	**Bartonella quintana, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**24,55 €**
11304	**Bordetella parapertussis, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**13,26 €**
11305	**Bordetella parapertussis, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**24,55 €**
11306	**Borrelia burgdorferi, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**14,65 €**
11307	**Borrelia burgdorferi, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**25,64 €**
11308	**Chlamydia pneumoniae/psittaci/trachomatis (IgA, IgG, IgM), insgesamt je Immunglobulin, qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Fluoreszenzmikroskopie (MIF); Auswertung: qualitativ.	**23,44 €**
11309	**Chlamydia pneumoniae/psittaci/trachomatis (IgA, IgG, IgM), insgesamt je Immunglobulin, quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Fluoreszenzmikroskopie (MIF); Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,02 €**
11310	**Coxiella burnetii, IFT, Phase 1 und Phase 2, qualitativ** Antikörpernachweis, simultan Phase-1- und Phase-2-Antikörper; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**28,51 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11311	**Coxiella burnetii, IFT, Phase 1 und Phase 2, quantitativ** Antikörpernachweis simultan Phase-1-Antikörper und Phase-2-Antikörper; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**49,91 €**
11312	**Ehrlichia/Anaplasma, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**21,93 €**
11313	**Ehrlichia/Anaplasma, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**38,38 €**
11314	**Francisella, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, z.B. gegen F. tularensis LPS-Antigen; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**13,26 €**
11315	**Francisella, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, z.B. gegen F. tularensis LPS-Antigen; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**24,55 €**
11316	**Legionella, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**14,36 €**
11317	**Legionella, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,62 €**
11318	**Rickettsia, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, z.B. familienspezifisch, gruppenspezifisch; Serum oder Plasma; (Mikro)Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Bei Gruppen-spezifischem Antikörpernachweis (z.B. Zeckenbissfieber, Fleckfieber, Tsutsugamushi-Fieber) ist die Leistung nach Nummer 11318 bis zu dreimal berechnungsfähig. Die untersuchte(n) Gruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**21,99 €**
11319	**Rickettsia, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, z.B. familienspezifisch, gruppenspezifisch; Serum oder Plasma; (Mikro)Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ. *Bei Gruppen-spezifischem Antikörpernachweis (z.B. Zeckenbissfieber, Fleckfieber, Tsutsugamushi-Fieber) ist die Leistung nach Nummer 11319 bis zu dreimal berechnungsfähig. Die untersuchte(n) Gruppe(n) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**38,48 €**
11320	**Treponema pallidum (FTA-ABS-Test), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**26,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11321	**Treponema pallidum (FTA-ABS-Test), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**24,44 €**
11322	**Treponema pallidum (19 S IgM), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie (fraktionierter IgM-Antikörper-Test); Auswertung: quantitativ (Titer).	**27,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.1.4 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.02.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11336	**Bartonella henselae, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**18,47 €**
11337	**Bartonella quintana, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**18,47 €**
11338	**Bordetella pertussis, IA** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**12,40 €**
11341	**Campylobacter, IA** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis (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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**17,94 €**
11348	**Helicobacter pylori, IA** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**18,47 €**
11351	**Neisseria meningitidis, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**17,79 €**
11352	**Mycoplasma pneumoniae, IA** Antikörpernachweis; 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11354	**Pseudomonas aeruginosa, IA** Abklärung bei Cystischer Fibrose, chronische Rhinosinusitis; Antikörpernachweis (z.B. gegen gepoolte Antigene [z.B. Antigene der Serogruppen O-1 bis O-17], z.B. gegen Alakalische 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** Antikörpernachweis (Impfstatus); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. internationale Einheiten/ml).	**16,43 €**
11356	**Treponema pallidum, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder interna-tionale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	**17,20 €**
11357	**Yersinia, IA** Antikörpernachweis, 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.1.5 Immunoblot 12.03.02.01.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11371	**Bakterienantikörper-Westernblot, insgesamt** 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. *Das untersuchte Bacterium ist in der Rechnung anzugeben.*	**69,28 €**
11372	**Borrelia-burgdorferi-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11306, 11307 oder 11339; Antikörpernachweis; 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, VIsE, OspA, OspB, BMpA, p58), Immunkomplex-Bildung, Visualisierung (z.B. chromogenes Substrat); Auswertung: z.B. visuell (Banden-basierter Mustervergleich), Densitometer, Luminometer. *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.*	**30,19 €**
11373	**Campylobacter-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11341; Antikörpernachweis; 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-Immunoblot** z.B. Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11308, 11309, 11342 oder 11343; z.B. Erstuntersuchung auf C. psitacci (Ornithose); Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens sechs Membran-gebundene (immobilisierte) Chlamydia-speziesspezifische 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-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11348; Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens fünf Membran-gebundene (immobilisierte) Helicobacter plylori-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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11376	**Mycoplasma pneumoniae-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11352 oder 11791; Antikörpernachweis; 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 €**
11377	**Treponema pallidum-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11291, 11292, 11320, 11321, 11322 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-Immunoblot** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.1.6 Varia 12.03.02.01.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11386	**Hyaluronidase** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Hemmung Hyaluronidase-Spaltung (z.B. Trübungsabnahme); Auswertung: visuell-quantitativ.	**13,84 €**
11387	**Staphylolysin** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]), Hämolyse-Hemmungstest; Auswertung: visuell-quantitativ.	**10,08 €**
11388	**Streptokinase** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (Antigen-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**14,15 €**
11389	**Streptokokken-Desoxyribonuklease B (Streptodornase B, DNase B)** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**14,27 €**
11390	**Streptolysin-O** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Hämolysehemmungsreaktion; Auswertung: z.B. apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml), visuell-quantitativ.	**9,60 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.2 Parasiten 12.03.02.02

2.2.1 Agglutination (AT) 12.03.02.02.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11401	**Echinococcus, AT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**19,14 €**
11402	**Echinococcus, AT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**33,68 €**
11403	**Entamoeba histolytica, AT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ.	**19,14 €**
11404	**Entamoeba histolytica, AT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11405	**Schistosoma, AT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-qualitativ.	**19,14 €**
11406	**Schistosoma, AT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Agglutinationstest (z.B. indirekte Hämagglutination); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11407	**Toxoplasma gondii, ISAGA, DIFA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunosorbent-Agglutination (ISAGA), Direkte Immunfixations-Agglutination (DIFA); Auswertung: visuell-qualitativ, visuell-quantitativ (Titer).	**30,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.2.2 Immunfluoreszenz (IFT) 12.03.02.02.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11416	**Anisakiasis, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,14 €**
11417	**Anisakiasis, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11418	**Babesia/Theileria, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. B. divergens, T. microti); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**19,14 €**
11419	**Babesia/Theileria, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. B. divergens, T. microti); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**33,68 €**
11420	**Echinococcus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**27,50 €**
11421	**Echinococcus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. E. granulosus, E. multilocularis); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**48,38 €**
11422	**Entamoeba histolytica, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**27,50 €**
11423	**Entamoeba histolytica, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**48,38 €**
11424	**Fasciola, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11425	**Fasciola, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ(Titer).	**33,68 €**
11426	**Filarioidea (Filarien), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,14 €**
11427	**Filarioidea (Filarien), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11428	**Leishmania, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifsch (z.B. L. donovani); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,06 €**
11429	**Leishmania, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch); Spezies-spezifsch (z.B. L. donovani); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**33,68 €**
11430	**Darm-Nematoden, IFT qualitativ** Antikörpernachweis (z.B. gegen Onchocerca volvulus-Antigen); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,69 €**
11431	**Darm-Nematoden, IFT quantitativ** Antikörpernachweis (z.B. gegen Onchocerca volvulus-Antigen); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11432	**Plasmodium, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. P. falciparum); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,42 €**
11433	**Plasmodium, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch, Spezies-spezifisch (z.B. P. falciparum); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**42,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11434	**Schistosoma, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. S. mansoni); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**19,14 €**
11435	**Schistosoma, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch), Spezies-spezifisch (z.B. S. mansoni); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**33,68 €**
11436	**Toxoplasma gondii, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**14,65 €**
11437	**Toxoplasma gondii, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**25,64 €**
11438	**Trichinella spiralis, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**19,14 €**
11439	**Trichinella spiralis, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**33,68 €**
11440	**Trypanosoma, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch(z.B. T.brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**19,14 €**
11441	**Trypanosoma, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. T.brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**33,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.2.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.02.02.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11451	**Anisakiasis, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,39 €**
11452	**Echinococcus, IA** Antikörpernachweis, 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). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**16,72 €**
11453	**Entamoeba histolytica, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**16,72 €**
11454	**Fasciola, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,39 €**
11455	**Fillarioidea (Filarien), IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,39 €**
11456	**Leishmania, IA** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Antigengemisch); Spezies-spezifsch (z.B. gegen L. donovani); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,38 €**
11457	**Darm-Nematoden, IA** Antikörpernachweis, 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** Antikörpernachweis, 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). *Das/Die untersuchte(n) Antigengemisch(e)/Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**15,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11459	**Taenia, IA** Antikörpernachweis, 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). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**15,39 €**
11460	**Toxocara canis, IA** Antikörpernachweis (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** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml, ggf. einschließlich Antikörperindex [AI]).	**14,34 €**
11462	**Trichinella spiralis, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,39 €**
11463	**Trypanosoma, IA** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. T. brucei, T. cruzi); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.2.4 Immunblot 12.03.02.02.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11471	**Parasitenantikörper-Immunoblot** 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. *Der untersuchte Parasit ist in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Der untersuchte Parasit ist in der Rechnung anzugeben.*	**69,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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*	Gebührensatz
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).	**13,54 €**
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).	**29,77 €**
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).	**22,45 €**
11488	**Paracoccidioides brasiliensis, ID** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Immundiffusion (Ouchterlony); Auswertung: visuell-qualitativ (Präzipitat ja/nein).	**32,12 €**
11489	**Sonstige; Antikörpernachweis;** Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**23,49 €**
11490	**Sonstige; Antikörpernachweis;** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**23,49 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.3.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.02.03.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11496	**Aspergillus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**16,77 €**
11497	**Blastomyces dermatitidis, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**19,39 €**
11498	**Candida, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**17,15 €**
11499	**Histoplasma capsulatum, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**19,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.4 Viren 12.03.02.04

2.4.1 Agglutination (AT) 12.03.02.04.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11508	**Rötelnvirus, AT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; z.B. Hämagglutinationshemmtest (HHT), Hämolysis-in-Gel-Test (HiG); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	**28,94 €**
11509	**West-Nil-Virus, AT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Hämagglutinationshemmtest (HHT); Auswertung: visuell-quantitativ (Titer).	**32,12 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.4.2 Immunfluoreszenz (IFT) 12.03.02.04.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,64 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11523	**Coronavirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**30,87 €**
11524	**Dengue-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**35,73 €**
11525	**Dengue-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**62,84 €**
11526	**Epstein-Barr-Virus-Capsid-Antigen (VCA), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**14,83 €**
11527	**Epstein-Barr-Virus-Capsid-Antigen (VCA), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**25,96 €**
11528	**Filoviridae, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Ebola-Virus, Marburg-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**
11529	**Filoviridae, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Genus-spezifisch (z.B. Ebola-Virus, Marburg-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Genus/Genera ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**
11530	**Flavivirus, sonstige, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Japan-Enzephalitis-Virus, Murray-Valley-Virus, Saint-Louis-Enzephalitis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**
11531	**Flavivirus, sonstige, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Japan-Enzephalitis-Virus, Murray-Valley-Virus, Saint-Louis-Enzephalitis-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11532	**Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11533	**Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11534	**Gelbfieber-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**35,73 €**
11535	**Gelbfieber-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**62,84 €**
11536	**Hantavirus (Orthohantavirus), IFT qualitativ** Antikörpernachweis, mindestens zwei Spezies simultan (z.B. Hantaan-Virus und Puumala-Virus); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchten Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,69 €**
11537	**Hantavirus (Orthohantavirus), IFT quantitativ** Antikörpernachweis, mindestens zwei Spezies simultan (z.B. Hantaan-Virus und Puumala-Virus); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchten Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**34,48 €**
11538	**Herpes-simplex-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (HSV-1, HSV-2); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,69 €**
11539	**Herpes-simplex-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (HSV-1, HSV-2); Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**34,48 €**
11540	**Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11541	**Humanes Herpesvirus 6 (HHV-6), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,67 €**
11542	**Humanes Herpesvirus 8 (HHV-8), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11543	**Humanes Herpesvirus 8 (HHV-8), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,67 €**
11544	**Lymphozytäres-Choriomeningitis-Virus (LCMV), IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11545	**Lymphozytäres-Choriomeningitis-Virus (LCMV), IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11546	**Masernvirus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11547	**Masernvirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11548	**Mumpsvirus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11549	**Mumpsvirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11550	**Orthonairovirus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Krim-Kongo-hämorrhagisches-Fieber-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**
11551	**Orthonairovirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Krim-Kongo-hämorrhagisches-Fieber-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**
11552	**Orthobunyavirus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, 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. *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11553	**Orthobunyavirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Batai-Virusv, Kalifornisches Enzephalitis-Virus, Inkoo-Virus, Madrid-Virus, Ngari-Virus, Oropouche-Virus, Tahyna-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**
11554	**Phlebovirus, sonstige, IFT qualitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Rifttal-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**
11555	**Phlebovirus, sonstige, IFT quantitativ** Antikörpernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. Rifttal-Virus); z.B. Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer). *Die untersuchte(n) Spezies sind in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**
11556	**Sandmückenfieber-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11557	**Sandmückenfieber-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11558	**Varicella-Zoster-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**23,81 €**
11559	**Varicella-Zoster-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**41,89 €**
11560	**West-Nil-Virus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (Titer).	**35,73 €**
11561	**West-Nil-Virus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**62,84 €**
11562	**Zikavirus, IFT qualitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**35,73 €**
11563	**Zikavirus, IFT quantitativ** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: quantitativ (Titer).	**62,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11564	**Bornavirus, IFT qualitativ** 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: qualitativ. *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**35,73 €**
11565	**Bornavirus, IFT quantitativ** 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.*	**62,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.4.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.02.04.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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	**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). *Das/Die untersuchte(n) Antigen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**15,96 €**
11581	**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 €**
11582	**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). *Der/Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,63 €**
11583	**Hepatitis-A-Virus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,93 €**
11584	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11585	**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 €**
11586	**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 €**
11587	**Hepatitis-C-Virus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**15,93 €**
11588	**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 €**
11589	**Hepatitis-E-Virus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**24,68 €**
11590	**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 €**
11591	**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 €**
11592	**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 €**
11593	**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 €**
11594	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11595	**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 €**
11596	**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 €**
11597	**Lassa-Virus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**46,10 €**
11598	**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 €**
11599	**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 €**
11600	**Parvovirus B19, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**14,83 €**
11601	**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 €**
11602	**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 €**
11603	**Zikavirus, IA** Antikörpernachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (relative oder internationale Einheiten/ml).	**24,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11604	**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). *Die untersuchte(n) Spezies ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**16,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.4.4 Immunoblot 12.03.02.04.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11621	**Cytomegalovirus(CMV)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11578; Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11526 oder 11580; Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11587; Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11538, 11539, 11590, 11591 oder 11592; Antikörpernachweis; 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)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11595; Antikörpernachweis; 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. *Werden für HIV-1 bzw. HIV-2 getrennte Immunoblot als Bestätigungstests durchgeführt, ist die Leistung nach Nummer 11627 zweimal berechnungsfähig.*	**57,99 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11628	**Humanes T-Zell Leukämie-Virus Typ1/2(HTLV-1/2)-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11596; Antikörpernachweis; 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-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistung nach Nummer 11600; Antikörpernachweis; 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-Immunoblot** Abklärung entsprechend positiver Befunde gemäß Leistungen nach den Nummern 11508 oder 11601; Antikörpernachweis; 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** 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. *Das untersuchte Virus ist in der Rechnung anzugeben.*	**69,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

2.5 Methoden, sonstige 12.03.02.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11641	**Antikörper-Aviditätsmessung, je Erreger** Abklärung einer frühen Infektion (bei Immunsuppression, in der Schwangerschaft, bei persistierenden IgM-Antikörpern), Serum oder Plasma; Aviditäts-empfindliches Agens; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch (z.B. Aviditätsindex). *Der/Die untersuchte(n) Taxon-spezifische(n) Antikörper ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**40,25 €**
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). *Die untersuchte Taxon-spezifische Immunität ist in der Rechnung anzugeben.*	**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). *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.*	**28,58 €**
11644	**Antikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik I, insgesamt** Antiköpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens zwei Substrate (z.B. Herpes-simplex-Virus 1, Herpes simplex-Virus 2 [infizierte Zellen]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11644 ist neben der Leistung nach Nummer 11645 nicht berechnungsfähig.*	**36,87 €**
11645	**Antikörper-Immunfluoreszenz-Mosaik II, insgesamt** Antiköpernachweis; Serum oder Plasma; mindestens vier Substrate (z.B. Parainfluenzavirus 1, 2, 3, 4 [infizierte Zellen]), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Die untersuchten Substrate sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11645 ist neben der Leistung nach Nummer 11644 nicht berechnungsfähig.*	**62,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.1.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.03.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11661	**Aminoglykoside(-Antibiotika), je Medikament, IA** z.B. Amikacin, Gentamicin, Netilmicin, Tobramycin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Aminoglykosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**19,25 €**
11662	**Antiarrhythmika, je Medikament, IA** z.B. Chinidin, Flecainid, Lidocain, Propafenon; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antiarrhythmikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**18,60 €**
11663	**Antibiotika, je Medikament, IA** z.B. Vancomycin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antibiotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das/Die untersuchte(n) Antiepileptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**11,29 €**
11665	**Herzglykoside, je Medikament, IA** z.B. Digitoxin, Digoxin; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Herzglykosid(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,81 €**
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. *Das/Die untersuchte(n) Immunsuppressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**36,11 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.1.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC) 12.03.03.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11675	**Anthelminthika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Albendazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Wurmmittel ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,97 €**
11676	**Antiarrhythmika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Amiodaron, Disopyramid, Flecainid, Lidocain, Procainamid, Propafenon; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antiarrhythmikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das/Die untersuchte(n) Antibiotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,97 €**
11678	**Anticholinergika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Biperiden; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchten Anticholinergikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das/Die untersuchte(n) Antidepressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,99 €**
11680	**Antiepileptika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Carbamazepin, Ethosuximid, Felbamat, Lamotrigen, Oxcarbazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Sultiam, Topiramat, Valproinsäure, Vigabatrin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antiepileptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**22,44 €**
11681	**Antimetabolite, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Acetazolamid, Allopurinol, Carbimazol, Methotrexat; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Der/Die untersuchte(n) Antimetabolit(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11682	**Antimykotika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Amphotericin B, Flucytosin, Miconazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Antimykotikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,97 €**
11683	**Antivirale Medikamente, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Acyclovir, Didanosin, Indinavir, Ribavirin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) antivirale/n) Medikament(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**25,02 €**
11684	**Beta-Rezeptorblocker, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Propanolol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Der/Die untersuchte(n) Beta-Rezeptorblocker ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**22,11 €**
11685	**Bronchospasmolytika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Coffein, Theophyllin; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Bronchospasmolytikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,97 €**
11686	**Immunsuppressiva, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Mycophenolat; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Immunsuppressivum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**24,26 €**
11687	**Neuroleptika, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Levomepromazin, Olanzapin, Quetiapin, Thioridazin, Tiaprid; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Neuroleptikum(a) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**25,15 €**
11688	**Sedativa/Tranquilizer, je Untersuchung (Chromatogramm), HPLC** z.B. Benzodiazepine, Clomethiazol; Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Der/Die untersuchte(n) Sedativum(a)/Tranquilizer ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**25,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.1.3 Methoden, sonstige 12.03.03.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11696	**Arzneimittel, je GC-MS-Untersuchung (Spektrum)** Serum oder Plasma; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**63,32 €**
11697	**Arzneimittel, je GC-Untersuchung (Chromatogramm)** Serum oder Plasma; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**63,32 €**
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. *Das/Die untersuchte(n) Arzneimittel, ggf. einschließlich Metabolite, ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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.	**2,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.2 Drogenabusus, Toxikologie (exogene Gifte) 12.03.03.02

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.2.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay 12.03.03.02.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

3.2.2 Methoden, sonstige 12.03.03.02.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**63,32 €**
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. *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.*	**63,32 €**
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. *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.*	**63,32 €**
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. *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.*	**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. *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.*	**72,03 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11733	**Methanol, gaschromatographisch** Vollblut, Urin; Headspace-Gaschromatographie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**63,32 €**
11734	**Salicylsäure** Serum oder Plasma, Urin; Photometrie (Analyt-Farbkomplex [Trinder-Reaktion]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**19,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

4. Ausscheidungen (Stuhl, Urin) 12.03.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11741	**Albumin (Mikroalbuminurie)** Urin; vorgefertigter Reagenzträger, ggf. einschließlich Kratininfeld; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11741 ist neben der Leistung nach Nummer 12651 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 11742 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11743 oder 11746 nicht berechnungsfähig.*	**15,35 €**
11743	**Calprotectin (Stuhl), quantitativ** Abklärung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11743 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742 oder 11746 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 11745 ist in Abhängigkeit von der Anzahl an 24-Std.-Sammelstühlen bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**29,03 €**
11746	**Laktoferrin (Stuhl), quantitativ** Abklärung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11746 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742 oder 11743 nicht berechnungsfähig.*	**26,76 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11747	**Stuhltest, immunologisch qualitativ** Screening auf kolorektales Karzinom; z.B. iFOBT (immunologischer Faeces-basierter okkulter Bluttest), FIT (Faeces-basierter immunologischer Test); Messgröße: z.B. Globinanteil im Hämoglobin; immunologische Schnelltestformate (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ, apparativ-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 11747 ist neben der Leistung nach Nummer 114 oder 11748 nicht berechnungsfähig.*	**7,58 €**
11748	**Stuhltest, immunologisch quantitativ** Screening auf kolorektales Karzinom; z.B. iFOBT (immunologischer Faeces-basierter okkulter 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). *Die Leistung nach Nummer 11748 ist neben der Leistung nach Nummer 114 oder 11747 nicht berechnungsfähig.*	**8,95 €**
11749	**Urinsediment** Urin, einschließlich Zentrifugation; Sediment-Gesichtsfeld-Methode: z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11749 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11037 oder 11750 nicht berechnungsfähig.*	**1,98 €**
11750	**Urinsediment, einschließlich Erythrozytenmorphologie** Urin, einschließlich Zentrifugation; z.B. Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Farbstoff-beschichteter Objektträger; Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11750 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11037 oder 11749 nicht berechnungsfähig.*	**2,43 €**
11751	**Urin-Teststreifen, je Urinprobe** Urin; z.B. Einzelreagenzträger, Mehrfachreagenzträger; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ, ggf. simultan. *Die Leistung nach Nummer 11751 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11029 oder 11030 nicht berechnungsfähig.*	**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/µl).	**6,42 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

5. Blutgruppen-, HLA-System 12.03.05

Allgemeine Bestimmungen

1. **Der Mindestumfang der jeweiligen Untersuchung pro Patient richtet sich nach den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer gemäß Transfusionsgesetz (TFG), Transplantationsgesetz (TPG) und Arzneimittelgesetz (AMG).**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11761	**AB/D-Merkmale, insgesamt**	**11,71 €**
	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).	
	Die Leistung nach Nummer 11761 ist für die Identitätssicherung im AB0-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.	
11762	**AB0-Merkmale, insgesamt**	**11,71 €**
	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).	
	Die Leistung nach Nummer 11762 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (Bedside-Test) nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11762 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11763, 11764, 11775 oder 11803 nicht berechnungsfähig.	
11763	**AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D, insgesamt**	**16,05 €**
	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).	
	Die Leistung nach Nummer 11763 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11761, 11762, 11764, 11775 oder 11794 nicht berechnungsfähig.	
11764	**AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e), insgesamt**	**29,43 €**
	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).	
	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.	
11765	**Antikörperdifferenzierung (AHG), je Test-Erythrozyten-Präparation**	**25,13 €**
	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).	
	Die Leistung nach Nummer 11765 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Antikörpersuchtest nach den Nummern 11769 oder 11771.	

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Die Leistung nach Nummer 11766 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Antikörpersuchtest nach den Nummern 11768 oder 11770.*	**10,61 €**
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-Pase-Verfahren (z.B. Mikrotiterplatte), direkter, indirekter AHG-Test (Coombs-Test); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ (Reaktionsstärke). *Die Leistung nach Nummer 11767 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11765 oder 11778.*	**10,61 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11768 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11770 oder 11775 nicht berechnungsfähig.*	**8,91 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11769 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11771 oder 11775 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 11770 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11768 oder 11775 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 11771 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11769 oder 11775 nicht berechnungsfähig.*	**10,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. Kälteagglutinintest, Hämolysetest, direkter AHG-Test; Auswertung: visuell-quantitativ (Endtiter). *Die Leistung nach Nummer 11772 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach den Nummern 11768, 11769, 11770 oder 11771.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 11773 ist nur berechnungsfähig bei bereits nach den Nummern 11765 oder 11766 differenzierten (identifizierten) irregulären Alloantikörpern.*	**31,14 €**
11774	**Antikörper- und Blutgruppenuntersuchungen, aufwendige Spezialverfahren, je Verfahren insgesamt** z.B. Antikörper-Elution, Antikörper -Adsorption, Neutralisationstest, Enzymspezialtests, Polyagglutinabilität-Differenzierung, Hämolysetests (z.B. auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test, medikamentenabhängige Hämolysine). *Die Art des Verfahrens sowie das Untersuchungsziel sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *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.*	**29,04 €**
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). *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.*	**14,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**11,33 €**
11778	**Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombs-Test), je AHG-Reagenz** z.B. positive Eigenkontrolle, Hämolysen; 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). *Die Leistung nach Nummer 11778 ist neben der Leistung nach Nummer 11775 nicht berechnungsfähig, soweit die Leistung nach Nummer 11775 diese Leistung enthält.*	**17,57 €**
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). *Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11779 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**60,90 €**
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). *Die der/den Leistung(en) nach Nummer 11779 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**41,50 €**
11781	**HLA-Antigen, Einzelnachweis, FACS** z.B. krankheitsassoziierte(s) HLA-Antigen(e); Lymphozytensuspension; Test-Antiserum (Antikörper, Fluoreszenzfarbstoff-markiert), Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ (Fluoreszenzintensität). *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 krankheitsassozierter HLA-Allele nach den Nummern 12242 oder 12243 nicht berechnungsfähig.*	**27,12 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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 krankheitsassozierter HLA-Allele nach den Nummern 12242 oder 12243 nicht berechnungsfähig.*	**63,93 €**
11783	**HLA-Klasse-I-Antigen, Gesamttypisierung** Lymphozytensuspension; Test-Antiseren, Lymphozytotoxizitätstest (z.B. Standard-NIH-Methode [Mikrolymphozytotoxizitätstest]), z.B. Inversmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Score). *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.*	**125,34 €**
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-Profiling (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). *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.*	**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-Profiling (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). *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.*	**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-Profiling (Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (vir-tuelle Panelreaktivität).	**58,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**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-Profiling (z.B. Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). *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.*	**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-Profiling (z.B. Luminex-basiert); Auswertung: apparativ-testspezifisch (virtuelle Panelreaktivität). *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.*	**103,15 €**
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-Profiling (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). *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**95,53 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11794 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11763, 11764 oder 11775 nicht berechnungsfähig.*	**13,23 €**
11795	**Isolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung** z.B. Dichtegradientenzentrifugation, Magnetpartikelverfahren, Chromatografie.	**22,23 €**
11796	**Kälteagglutinintest, 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). *Die untersuchte(n) Temperatur(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben Die Leistung nach Nummer 11796 ist pro Patientenprobe bis zu viermal berechnungsfähig.*	**14,98 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11797 ist nur berechnungsfähig bei einem fraglich positiven Rhesusfaktor D-Befund nach den Nummern 11763 oder 11764.*	**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). *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.*	**15,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11799	**Thrombozyten-Antikörper(-Identifizierung), je Glykoprotein/Test** z.B. Serum oder Plasma, Eluat, Patiententhrombozyten; Test-Thrombozyten; z.B. direkter/indirekter Glykoprotein-spezifischer Enzymimmuntest (MAIPA), Immunpräzipitationstest, einschließlich SDS-Elektrophorese, Elektroblotting, Visualisierung der Banden; z.B. Medikamentenlösung/PIFT, Medikamentenlösung/Thrombozyten-ELISA; Auswertung: z.B. testspezifisch-apparativ, visuell (z.B. Banden, Immunfluoreszenz [Reaktionsstärke]). *Die Leistung nach Nummer 11799 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen positiven Testergebnis nach Nummer 11800.*	**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 €**
11801	**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). *Die Leistung nach Nummer 11801 ist neben der Leistung nach Nummer 11802 nicht berechnungsfähig, soweit die Leistung nach Nummer 11802 diese Leistung enthält.*	**15,49 €**
11802	**Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe), je Erythrozytenkonzentrat, automatisiert, insgesamt** Serum oder Plasma (Empfänger), Erythrozytensuspension (Empfänger); Erythrozytensuspension (Spender-Erythrozytenkonzentrat); Gerätebeschickung (standardisiert), Immunreaktion (obligatorisch: Anti-Human-Globulin-Test, AB0-Kontrolle [Empfänger]; fakultativ: NaCl-Milieu, Enzymmilieu, Antikörpersuchtest [Empfänger]); Auswertung: apparativ, einschließlich medizinisch-technische Plausibilitätskontrolle und ärztliche Befundung. *Die Leistung nach Nummer 11802 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11803 oder 11804 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11802 ist neben der Leistung nach Nummer 11801 nicht berechnungsfähig, soweit sie die Leistung nach Nummer 11801 enthält.*	**15,49 €**
11803	**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). *Die Leistung nach Nummer 11803 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11802 oder 11804 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 11803 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (Bedside-Test) nicht berechnungsfähig.*	**27,21 €**
11804	**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). *Die Leistung nach Nummer 11804 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11802 oder 11803 nicht berechnungsfähig.*	**15,49 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11805	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

6. Physikochemische Parameter 12.03.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11821	**Bikarbonat** Serum oder Plasma, einschließlich Alkalisierung; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11821 ist neben der Leistung nach Nummer 11026 nicht berechnungsfähig.*	**10,80 €**
11822	**Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)** Vollblut; 1-Std.-Wert; manuell oder apparativ; Auswertung: z.B. visuell-quantitativ, apparativ-quantitativ (mm; Std.). *Die Leistung nach Nummer 11822 ist neben der Leistung nach Nummer 11000 nicht berechnungsfähig.*	**2,11 €**
11823	**13C-Exhalationstest, je Atemprobe** Atemproben; z.B. Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Art des Exhalationstests ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11823 ist pro Patient bis zu elfmal berechnungsfähig.*	**15,76 €**
11824	**13C-Harnstoff-Atemtest, je Atemprobe** Abklärung Helicobacter pylori-Infektion, Therapiekontrolle; Atemproben; z.B. Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ. *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.*	**16,45 €**
11825	**Osmolalität** Serum oder Plasma, Urin; Osmometrie (z.B. Gefrierpunktserniedrigung); Auswertung: quantitativ, ggf. einschließlich Berechnung der osmotischen Lücke.	**9,88 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11829	**Wasserstoffionenkonzentration (pH)** Körperflüssigkeiten (außer Blut und Urin); Potenziometrie (pH-Meter [z.B. Einstab-Glaselektrode]); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Körperflüssigkeit ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 11829 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12814 oder 12821 nicht berechnungsfähig.*	**1,55 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

7. Funktionstests 12.03.07

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 17α-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, 17α-Hydroxypregnenolon); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 11838 ist nur berechnungsfähig, wenn in engem zeitlichen Zusammenhang die Leistung nach den Nummern 11836 und/oder 11837 erbracht wurde.*	**65,66 €**
11839	**Arginin-Infusionstest** Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; sechsmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 11839 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapierelevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapierelevanten Wachstumshormonmangels.*	**134,10 €**
11840	**Clonidin-Stimulations-Test** Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; fünfmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 11840 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis eines therapierelevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) dient.*	**111,75 €**
11841	**Clonidin-Suppressions-Test** Abklärung Phäochromozytom; Plasma; zweimal Adrenalin/Noradrenalin und/oder Metanephrin/Normetanephrin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *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.*	**59,81 €**
11842	**Cortisol-Tagesprofil** Abklärung Cushing-Syndrom; Serum oder Plasma, Speichel; viermal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	**40,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11843	**CRH-Test oder Desmopressin-Test** Abklärung Funktionsachse Hypophyse-NNR (z.B. Hypophysenvorderlappen-[HVL-]Insuffizienz, NNR-Insuffizienz, Cushing-Syndrom); Serum und/oder Plasma; fünfmal ACTH, fünfmal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv.	**205,91 €**
11844	**Dexamethason-(Hemm-)Test** Abklärung Hypercortisolismus; Serum oder Plasma; zweimal Cortisol; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Welcher Hemmtest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben (z.B. niedrig dosiert über Nacht).*	**20,46 €**
11845	**Durstversuch** Abklärung Wasserdiurese; 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. *Die Leistung nach Nummer 11848 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapierelevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapierelevanten Wachstumshormonmangels.*	**178,79 €**
11849	**Glukagon-Stimulations-Test** Abklärung Phäochromozytom; Plasma; viermal Adrenalin/Noradrenalin und/oder Metanephrin/Normetanephrin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *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.*	**119,62 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11850	**Glukagon-Test und/oder Propanolol-Glukagon-Test** Abklärung Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; sechsmal Wachstumshormon (GH); Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 11850 ist nur berechnungsfähig, wenn der Test als erster oder zweiter Test zum definitiven Nachweis dient (a) eines therapierelevanten kindlichen Wachstumshormonmangels (hypophysärer Minderwuchs) oder (b) eines bei Erwachsenen aufgetretenen therapierelevanten Wachstumshormonmangels. Neben dieser Leistung sind gelegentlich notwendige sofortige Glukosebestimmungen jeweils als Leistung nach Nummer 11065 berechnungsfähig.*	**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 €**
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. *Neben der Leistung nach Nummer 11854 sind die notwendigen fortlaufenden kurzfristigen Glukosebestimmungen jeweils als Leistung nach Nummer 11065 berechnungsfähig.*	**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. *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.*	**461,96 €**
11856	**Insulin-Hypoglykämie-Test (GH)** Abklärung kindlicher Wachstumshormonmangel; Serum oder Plasma; achtmal Wachstumshormon (GH), achtmal Glukose; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *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.*	**187,42 €**
11857	**Kochsalz-Infusions-Test** Abklärung Wasserdiurese; Serum und/oder Plasma; fünfmal ADH, fünfmal Osmolalität, fünfmal Natrium; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *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.*	**169,53 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
11862	**MEGX-Test** Abklärung Leberfunktion (z.B. im Rahmen einer Lebertransplantation); Serum oder Plasma; zweimal Monoethylglycinxylidid (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. *Welcher Stimulationstest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben. (z.B. Orthostase-Test, Furosemid-Test).*	**121,58 €**
11867	**Renin-Aldosteron-Suppressions-Test** Abklärung Hyperaldosteronismus; Serum und/oder Plasma; zweimal Aldosteron, zweimal Kortisol, zweimal Renin; Auswertung: apparativ-quantitativ-deskriptiv. *Welcher Suppressionstest durchgeführt wurde, ist in der Rechnung anzugeben. (z.B. NaCl-Infusions-Test, Fludrocortison-Suppressions-Test, Captopril-Suppressions-Test).*	**121,58 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

8. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem 12.03.08

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 aIIa-Test; Auswertung: apparativ-quantitativ (DTI-spezifische Kalibration). *Der untersuchte Thrombininhibitor ist in der Rechnung anzugeben.*	**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). *Der untersuchte Faktor-Xa-Inhibitor ist in der Rechnung anzugeben.*	**23,48 €**
11894	**Antithrombin (AT III), Aktivität** Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**13,91 €**
11895	**Antithrombin (AT III), Konzentration** Citratplasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Peakhöhe, Extinktion). *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.*	**14,44 €**
11896	**Blutungszeit** Test am Patienten; standardisierte Hautinzision, Messung der Zeit (Stoppuhr) bis zur spontanen Blutstillung; Auswertung: quantitativ.	**4,00 €**
11897	**C1-Esteraseinhibitor (C1-INH), Aktivität** Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**33,18 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 11899 ist neben der Leistung nach Nummer 11003 nicht berechnungsfähig.*	**21,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11900	**Fibrin(ogen)spaltprodukte (FSP)** Citratplasma oder Serum, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (z.B. EIA für Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11900 ist neben der Leistung nach Nummer 11901 nicht berechnungsfähig.*	**21,72 €**
11901	**Fibrin(ogen)spaltprodukte (FSP), AT** Citratplasma oder Serum; Latex-Agglutination; Auswertung: visuell-semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11901 ist neben der Leistung nach Nummer 11900 nicht berechnungsfähig.*	**21,72 €**
11902	**Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), Aktivität** Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11902 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11903 oder 11904 nicht berechnungsfähig.*	**21,66 €**
11903	**Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), AT** Citratplasma; Agglutination (Präzipitation); Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11903 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11902 oder 11904 nicht berechnungsfähig.*	**21,72 €**
11904	**Fibrinmonomer (lösliches Fibrin), Konzentration** Citratplasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11904 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11902 oder 11903 nicht berechnungsfähig.*	**21,93 €**
11905	**Fibrinogen, Aktivität** Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (Turbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11905 ist neben der Leistung nach Nummer 11103 nicht berechnungsfähig.*	**4,60 €**
11906	**Fibrinogen, Konzentration** Abklärung Dysfibrinogenämie; Citratplasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusi; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Radius, Extinktion).	**9,35 €**
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). *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.*	**47,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**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.	**42,21 €**
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.	**35,50 €**
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11917	**Gerinnungsfaktor XIII, Aktivität** Citratplasma; Photometrie (Reaktionsprodukt [z.B. kinetischer UV-Test]); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**31,60 €**
11918	**Gerinnungsfaktor XIII, Konzentration** Citratplasma oder Serum; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe). *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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	**Lupusantikoagulanzien (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]). *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.*	**53,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11935	**Plasmininhibitor (Alpha-2-Antiplasmin), Aktivität** Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**25,25 €**
11936	**Plasmininhibitor (Alpha-2-Antiplasmin), Konzentration** Citratplasma; z.B. Latexpartikel-verstärkte Immunnephelometrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *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.*	**30,06 €**
11937	**Plasminogen, Aktivität** Citratplasma; Photometrie (chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**22,33 €**
11938	**Plasminogen, Konzentration** Citratplasma oder Serum; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese, radiale Immundiffusion; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe, Radius). *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.*	**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).	**25,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11945	**Protein C, Aktivität** Citratplasma; z.B. Koagulometrie (mechanisch und/oder optisch) und/oder Photometrie (z.B. Turbidimetrie, chromogenes Substrat); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**38,19 €**
11946	**Protein C, Konzentration** Citratplasma; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay, Laurell-Elektrophorese; Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Peakhöhe). *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.*	**44,91 €**
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.	**20,50 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11951 ist neben der Leistung nach Nummer 11955 nicht berechnungsfähig.*	**42,27 €**
11952	**Ristocetin-Kofaktor (vWF:RCo)** Citratplasma; z.B. Agglutinationsmessung (z.B. visuell, turbidimetrisch [z.B. GPIb-beladene Thrombozyten, Mikropartikel-fixierte rGPIb-Fragmente]), Latexpartikel-verstärkte Immunturbidimetrie; Auswertung: z.B. visuell-semiquantitativ, apparativ-quantitativ (z.B. IU/ml, % der Norm).	**25,25 €**
11953	**Thrombelastographie** z.B. Citrat-Vollblut; Rekalzifizierung, z.B. TEG®-System, ROTEM®-System; Auswertung: apparativ-quantitativ (r-Zeit, k-Zeit, Maximalamplitude, Lyse-Index).	**20,99 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Die Leistung nach Nummer 11955 ist neben der Leistung nach Nummer 11951 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
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. Elektroblotting), Antigen-(Multimere-)Detektion (Visualisierung [z.B. Farbstoff]); Auswertung: z.B. visuell, densitometrisch, Lumineszenz-Photoimager.	**91,50 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 11960 ist nur berechnungsfähig bei einem vorangegangenen pathologischen und/oder nicht plausiblen Testergebnis nach Nummer 11959.*	**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 €**
11962	**Komplementfaktor C5** Serum oder Plasma; z.B. radiale Immundiffusion, Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**19,84 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

9. Hormone, Hormonrezeptoren 12.03.09

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

9.1 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay 12.03.09.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**27,82 €**
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 €**
11990	**Dehydroepiandrosteron (DHEA)** Serum oder Plasma, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11990 ist neben der Leistung nach Nummer 11991 nicht berechnungsfähig.*	**13,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
11991	**Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 11991 ist neben der Leistung nach Nummer 11990 nicht berechnungsfähig.*	**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 5α-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 €**
12002	**Glukagon** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**30,38 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**30,38 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12015	**Östriol (Estriol, E3)** Abklärung Down-Syndrom (Quadrupel-Test); Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**
12016	**Östron (Estron, E1)** Abklärung weiblicher Gesamtöstrogenstatus, E2/E1-Quotient; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**
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. *Im Rahmen einer Nebenschilddrüsenoperation ist die Leistung nach Nummer 12019 intraoperativ bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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.	**30,38 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**30,38 €**
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	**Thyreoidea 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.	**30,38 €**
12034	**Wachstumshormon (Somatotropin, GH, STH)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**22,35 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

9.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC) 12.03.09.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12051	**Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin, HPLC** Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Extraktion); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**32,94 €**
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.	**25,50 €**
12054	**Metanephrin und/oder Normetanephrin, HPLC** Plasma, Urin, ggf. einschließlich Probenaufbereitung (z.B. saure Hydrolyse); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**28,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

9.3 Gaschromatographie (GC) 12.03.09.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12066	**Pregnandiol** Abklärung Risiko-Schwangerschaft; Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**63,32 €**
12067	**Pregnantriol** Abklärung AGS; Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**63,32 €**
12068	**Steroidprofil, je Chromatogramm** Abklärung gestörte Geschlechtsentwicklung; Serum oder Plasma, Urin; Gaschromatographie (GC); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ.	**63,32 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

9.4 Methoden, sonstige 12.03.09.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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. *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.*	**63,32 €**
12077	**Steroidhormonrezeptor** Gewebe, einschließlich Probenaufbereitung (Zellüberstand), ggf. einschließlich Dichtegradientenultrazentrifugation; chemischer Rezeptornachweis (z.B. radioaktiv markierter Tracer, Enzym-markierter Rezeptorantikörper); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Der Hormonrezeptor ist in der Rechnung anzugeben.*	**82,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

10. Kohlenhydrate, Lipide 12.03.10

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12085	**Apolipoprotein A1 (Apo-AI)** Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**11,59 €**
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.	**11,71 €**
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.	**9,17 €**
12090	**Fettsäuren-Differenzierung, je Untersuchung (Spektrum)** Serum oder Plasma, Erythrozyten, Stuhl; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. *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.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 12094 ist neben der Leistung nach Nummer 12095 nicht berechnungsfähig.*	**8,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12095	**Lipidelektrophorese, quantitativ** Serum; Agarosegel-Elektrophorese, Detektion (z.B. Polyanionenpräzipitation, enzymatische Farbreaktion); Auswertung: quantitativ (Densitometrie). *Die Leistung nach Nummer 12095 ist neben der Leistung nach Nummer 12094 nicht berechnungsfähig.*	**14,83 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12097 ist nur berechnungsfähig bei bereits gesicherter Fettstoffwechselstörung.*	**25,83 €**
12098	**Malondialdehyd (MDA)** Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**30,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

11. Körperzellen, Zell-Bestandteile, Zellfunktionen 12.03.11

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12111	**Blutausstrich (Differenzialblutbild)** Vollblut (antikoaguliert); panoptische Färbung (z.B. Pappenheim), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. Leukozytenverteilung quantitativ, Erythrozytenmorphologie deskriptiv.	**3,84 €**
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. *Die Färbung(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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, Durchflusszytometrie). *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.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12118	**Hämoglobin-Differenzierung (-Varianten)** Vollblut-Hämolysat; z.B. Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC), Kapillarelektrophorese; Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12118 ist neben der Leistung nach Nummer 12119 nicht berechnungsfähig.*	**19,74 €**
12119	**Hämoglobin-Elektrophorese** Vollblut-Hämolysat; z.B. Mikrozonen-Elektrophorese (alkalisches Milieu) und/oder Agarosegel-Elektrophorese (saures Milieu), Färbung; Auswertung: z.B. visuell-deskriptiv, apparativ-quantitativ (Densitometer). *Die Leistung nach Nummer 12119 ist neben der Leistung nach Nummer 12118 nicht berechnungsfähig.*	**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). *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.*	**70,76 €**
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). *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.*	**90,32 €**
12123	**Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung** Vollblut (antikoaguliert); Spektralphotometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ, ggf. simultan.	**14,63 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12124	**Nitroblautetrazolium-(NBT-)Test (Granulozytenfunktionstest)** Granulozytensuspension; Candida albicans (Phagozytose-Indikator), NBT-Farbstoff (Sauerstoffradikal-Indikator), Inkubation; Auswertung: Hellfeldmikroskopie (Phagozytose plus Sauerstoffradikalbildung). *Die der Leistung nach Nummer 12124 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**31,23 €**
12125	**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. *Das/Die Antiserum/Antiseren ist/sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12125 ist bis zu dreimal berechnungsfähig. Die der Leistung nach Nummer 12125 ggf. vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**27,12 €**
12126	**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. *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).*	**13,43 €**
12127	**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). *Der jeweils durchgeführte Funktionstest ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12127 ist bis zu dreimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12127 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 12127 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**66,75 €**
12128	**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. *Die Leistung nach Nummer 12128 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**49,73 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12129	**Zytokinnachweis oder Antikörpernachweis nach Zellstimulation, Durchflusszytometrie** Lymphozytensuspension; Kultivierung, Stimulatoren; Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ (intrazellulärer Nachweis). *Das/Die Zytokin(e) bzw. der/die Antikörper sowie Stimulator(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12129 ist bis zu sechsmal 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.*	**66,75 €**
12130	**Zytokinnachweis oder Antikörpernachweis nach Zellstimulation, Immunoassay, insgesamt** Lymphozytensuspension; Kultivierung, Stimulatoren; Zellkulturüberstand, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay); Auswertung: apparativ-quantitativ (Nachweis im Zellüberstand). *Das/Die Zytokin(e) bzw. der/die Antikörper sowie Stimulator(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12130 ist bis zu sechsmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12130 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 12130 vorausgehende Zellisolierung ist einmal pro Patientenprobe gesondert nach Nummer 11795 berechnungsfähig.*	**79,44 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 "einzelsträngig" ausgelegt ist. Bei den Sequenzierungsleistungen nach den Nummern 12196 bis 12199 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.1 Genom des Menschen 12.03.12.01

12.1.1 Probenaufbereitung 12.03.12.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.1.2 Amplifikation, Detektion 12.03.12.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 12166 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12168 oder 12172 nicht berechnungsfähig.*	**36,62 €**
12167	**Fragmentlängenanalyse, kapillarelektrophoretisch, je Elektropherogramm** Suche nach Sequenzvarianten (z.B. Triplett-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). *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.*	**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. *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.*	**21,47 €**
12169	**Polymerasekettenreaktion (PCR), menschliches Genom, Einzelansatz (ein Primerpaar)** Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikation (konventionelle PCR). *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.*	**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). *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.*	**40,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**37,59 €**
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. *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.*	**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. *Der Zuschlag nach Nummer 12173 ist bis zu zwanzigmal berechnungsfähig.*	**14,56 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.1.3 DNA-Mikroarray, Sequenzierung 12.03.12.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12191	**DNA-Mikroarray, insgesamt**	**1.077,77 €**
	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.	
	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.	
12192	**Gesamt-Exom- und/oder Klinisches-Exom-Sequenzierung mittels paralleler Hoch-Durchsatz-Technologie, insgesamt je Patient**	**3.511,88 €**
	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).	
	Die Leistung nach Nummer 12192 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12196, 12197, 12198, 12199 oder 12200 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 12200 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 12192 sind bis zu 24 Sequenzierungen nach den Nummern 12196, 12197 oder 12198 berechnungsfähig, soweit diese nach dem Stand der Wissenschaft unabdingbar sind, um die diagnostische Fragestellung erschöpfend zu beantworten.	

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. Haut), einschließlich Probenaufbereitung aus Körperflüssigkeiten: 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). *Die Leistung nach Nummer 12193 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12196, 12197, 12198, 12199 oder 12200 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 12196, 12197 oder 12198 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 12200 nicht berechnungsfähig.*	**3.055,16 €**
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 aus Körperflüssigkeiten: 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). *Die Leistung nach Nummer 12194 ist nicht berechnungsfähig, wenn mit der Sequenzierung nach den Nummern 12196, 12197, 12198, 12199 oder 12200 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 12196, 12197 oder 12198 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 12200 nicht berechnungsfähig.*	**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. 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 Ultrahoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS]) einschließlich Detektion (z.B. Laserscanner) und Auswertung (systemspezifische Software). *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.*	**1.443,31 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12196	**Sequenzierung, Honorargruppe 1, je Gen** Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation oder Bestimmung des Methylisierungstatus; 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); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). *Das/Die untersuchte(n) Gen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben, Die Leistung nach Nummer 12196 ist bis zu zehnmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zehn verschiedenen Codons). Neben der Leistung nach Nummer 12196 ist die Leistung nach Nummer 12200 nicht berechnungsfähig.*	**44,43 €**
12197	**Sequenzierung, Honorargruppe 2, je Gen** Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation oder Bestimmung des Methylisierungstatus; 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); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). *Die Leistung nach Nummer 12197 ist ausschließlich als Ergänzung zur Leistung nach Nummer 12196 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12197 ist bis zu zehnmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zehn verschiedenen Codons).*	**38,08 €**
12198	**Sequenzierung, Honorargruppe 3, je Gen** Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation oder Bestimmung des Methylisierungstatus; 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); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). *Die Leistung nach Nummer 12198 ist ausschließlich als Ergänzung zur Leistung nach Nummer 12197 berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12198 ist bis zu zwanzigmal je Gen berechnungsfähig (z.B. Sequenzierung von bis zu zwanzig verschiedenen Codons).*	**31,73 €**
12199	**Sequenzierung, Honorargruppe 4, je Gen** Nachweis einer bekannten Mutation oder Suche nach einer unbekannten Mutation oder Bestimmung des Methylisierungstatus; 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); automatisierte (Hoch-Durchsatz-)Sequenzierung (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung) einschließlich Elektrophorese (z.B. Kapillar-Elektrophorese), Detektion (z.B. CCD-Sensor [Scanner]) und Auswertung (systemspezifische Software). *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 Codons).*	**25,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12200	**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. Haut), 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). *Die untersuchte(n) Mutation(en) sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12200 ist bis zu fünfmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 12200 sind die Leistungen nach den Nummern 12191, 12192, 12193, 12194 oder 12196 nicht berechnungsfähig.*	**89,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.1.4 Gentechnik-basierte zertifizierte Testkits 12.03.12.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**146,40 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12230	**Prothrombin-Mutation (Faktor II)** Mutationsnachweis (G20210A); Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich DNA-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch.	**47,59 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.2 Blutgruppen-, HLA-System 12.03.12.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12241	**Blutgruppen, Genotypisierung, je Genort** Zelloberflächenantigene (z.B. erythozytäre [z.B. AB0], 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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], DNA-Sequenzierung); Auswertung: testspezifisch. *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.*	**115,00 €**
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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]); Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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 krankheitsassozierter HLA-Antigene nach den Nummern 11781 und 11782 nicht berechnungsfähig.*	**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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]); Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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 krankheitsassozierter HLA-Antigene nach den Nummern 11781 oder 11782 nicht berechnungsfähig.*	**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. *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.*	**89,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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.*	**183,00 €**
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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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.*	**140,30 €**
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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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.*	**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 Oligonukleodide [SSO], sequenzspezifische Primer [SSP], Sequenzierungs-basierte Typisierung [SBT]; Auswertung: testspezifisch; Berichtswesen: WHO-Nomenclature-Committee. *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.*	**118,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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*	Gebührensatz
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, Gewebe); 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). *Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**23,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.3.2 Amplifikation 12.03.12.03.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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. *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.*	**169,70 €**
12282	**Polymerasekettenreaktion (PCR), als Einzelansatz (ein Primerpaar), je Krankheitserreger-Genom** Isolierte Nukleinsäure; Zielsequenz-Amplifikationsverfahren (konventionelle PCR), mit/ohne reverse Transkription. *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.10.03.02 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.*	**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), mit oder ohne reverse Transskription. *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.12.03.02 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial und den gleichen Erreger handelt.*	**40,81 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12284	**Real-Time-Polymerasekettenreaktion (homogene PCR), je Krankheitserreger-Genom** Isolierte Nukleinsäure; ggf. reverse Transkription, Zielsequenz-Amplifikation und Detektion (spezifische Primer, Sonden, Reporter-Fluoreszenz); Auswertung: apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ (systemspezifische Software). *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.12.03.02 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.*	**37,59 €**
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. *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.*	**45,07 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.3.3 Elektrophorese, Hybridisierung, Sequenzierung 12.03.12.03.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12305	**Elektrophorese/Detektion von Nukleinsäurefragmenten, Krankheitserreger-Genom, je Probe** z.B. amplifizierte, ggf. verdaute 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. *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.*	**36,62 €**
12306	**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. *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.*	**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. *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.*	**128,65 €**
12308	**Hoch-Durchsatz-Sequenzierung, je Krankheitserreger-Genom** Genomweite Suche nach Virulenzfaktoren und/oder Resistenzgenen einschließlich ggf. RNA-Transkription, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); systemspezifische Hochdurchsatz-Sequenzierung; Detektion: apparativ (z.B. Laserscanner); Auswertung: systemspezifische Software. *Der/Die untersuchte(n) Krankheitserreger und/oder Krankheitserreger-Subtypen ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *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.*	**80,05 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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. *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.*	**317,20 €**
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. *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.*	**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. *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.*	**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). *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.*	**21,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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). *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.*	**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). *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.*	**33,21 €**
12318	**Sequenzierung, Erregeridentifikation, je Erreger** Suche nach Erreger-spezifischer Sequenz, Sequenzierung, automatisiert (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung); Detektion: apparativ (z.B. Kapillar-Elektrophorese: CCD-Kamera); Auswertung: Systemspezifische Software. *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.*	**50,78 €**
12319	**Sequenzierung, Resistenz-assoziierte Mutationen, je therapierelevante Genregion** Suche nach Resistenz-assoziierten Mutationen, Sequenzierung, automatisiert (z.B. Kettenabbruchverfahren, Pyrosequenzierung); Detektion: apparativ (z.B. Kapillar-Elektrophorese: CCD-Kamera); Auswertung: Systemspezifische Software. *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.*	**65,02 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12320	**Hochdurchsatz-Sequenzierung, Resistenz-assoziierte Mutationen, Therapiemonitoring (z.B. HIV, HCV, CMV), Coverage >100×, je therapierelevante Genregion** Indikationsbeschränkung: HIV: Therapiebeginn/-umstellung, Therapieversagen; HCV, CMV: Therapieversagen.	**230,00 €**
12321	**Hochdurchsatz-Sequenzierung, Metagenomik (DNA/cfDNA oder RNA), je 20 Mio. Reads/ONT-Äquivalent**	**600,00 €**
12322	**Hochdurchsatz-Sequenzierung, Auswertung pathogenspezifischer Reads mittels bioinformatischer Pipelines** Indikationsbeschränkung: einmal je Resistenzuntersuchung [z.B. HIV, HCV, CMV] oder je Untersuchungsmaterial bei metagenomischer Untersuchung).	**230,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

12.3.4 Gentechnik-basierte zertifizierte Testkits 12.03.12.03.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12340	**Chlamydia trachomatis** Erregernachweis; z.B. Abstrich (z.B. Harnröhre, Zervix), Urin, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**57,55 €**
12343	**Enterovirus** Erregernachweis, Genus-spezifisch; z.B. Abstrich (z.B. Rachen, Anus), Stuhl, Liquor, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**41,51 €**
12344	**Neisseria gonorrhoeae** Erregernachweis; z.B. Abstrich (z.B. Urethra, Zervix, Anus), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**37,69 €**
12345	**Streptococcus agalactiae** Erregernachweis; z.B. Genitalabstrich (z.B. GBS-Screening), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**40,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12346	**Hepatitis-B-Virus, quantitativ** Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**61,41 €**
12348	**Hepatitis-C-Virus, quantitativ** Erregernachweis (z.B. Therapiesteuerung); z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**126,84 €**
12349	**Humanes Immundefizienz-Virus Typ-1, quantitativ** Erregernachweis; z.B. Vollblut (antikoaguliert, möglichst EDTA), einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**123,93 €**
12350	**Multiresistenter Staphylococcus aureus (MRSA)** Erregernachweis; z.B. Wundabstrich, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**45,30 €**
12351	**Mycobacterium tuberculosis** Erregernachweis; z.B. Sputum, Bronchialsekret, bronchoalveoläre Lavageflüssigkeit, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**74,91 €**
12352	**Coronavirus** Erregernachweis, Spezies-spezifisch (z.B. SARS-CoV-2[-Virus]): z.B. Rachenabstrich, Bronchialsekret, einschließlich Nukleinsäure-Isolierung; Amplifikation, Detektion und Auswertung: testspezifisch. *Die untersuchte(n) Spezies und das untersuchte Probenmaterial sind in der Rechnung anzugeben.*	**64,54 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13. Krankheitserreger (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren) 12.03.13

13.1. Bakterien 12.03.13.01

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.1 Nativmaterial (NM; originäres Probenmaterial) 12.03.13.01.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12371	**Acridinorange-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. *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.*	**8,38 €**
12372	**Auramin-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. *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.*	**16,12 €**
12373	**Bacterium, IFT, je Antigen** Nativmaterial (z.B. Bronchialsekret); Taxon-spezifisches Antiserum (z.B. Legionella pneumophila-spezifisch), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**22,81 €**
12374	**Streptococcus agalactiae (B-Streptokokken), Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**10,88 €**
12375	**Campylobacter, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**12,92 €**
12376	**Clostridium difficile, Antigen-Immunoassay** Glutamat-Dehydrogenase-(GDH-)Nachweis; Stuhl (ungeformt, flüssig-breiig); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Die Leistung nach Nummer 12376 ist neben der Leistung nach Nummer 11040 nicht berechnungsfähig.*	**29,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12377	**Cryptococcus-neoformans-Antigen-ST** Serum, Liquor; Antigennachweis; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12377 ist neben der Leistung nach Nummer 12543 nicht berechnungsfähig, soweit es sich um das gleiche Probenmaterial handelt.*	**15,22 €**
12378	**Fuchsin-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**3,11 €**
12379	**Gram-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**4,22 €**
12380	**Haemophilus influenzae Kapseltyp b, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**14,52 €**
12381	**Helicobacter pylori, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-semiquantitativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12381 ist neben der Leistung nach Nummer 11824 nicht berechnungsfähig.*	**34,74 €**
12382	**Kinyoun-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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). *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.*	**16,46 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12384	**Methylenblau-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**2,32 €**
12385	**Nativpräparat** Nativmaterial auf Objektträger; Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *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.*	**4,08 €**
12386	**Neisser-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**14,52 €**
12388	**Streptococcus pneumoniae, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *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.*	**14,52 €**
12389	**Ziehl-Neelsen-Färbung, NM** Nativmaterial; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: z.B. semiquantitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**12,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.2 Anzucht 12.03.13.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12401 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.*	**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“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12402 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.*	**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“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12403 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.*	**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“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12404 ist pro Probenmaterial bis zu viermal berechnungsfähig.*	**6,42 €**
12405	**Bacterium-Anzucht, Blutkultursystem manuell, je Flasche** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Flüssignährmedium in Flaschen (z.B. aerob, anaerob); Auswertung: visuell-manuell. *Die Leistung nach Nummer 12405 ist pro Blutentnahmezeitpunkt bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**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% CO2), Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (chlamydiale Einschlüsse). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**37,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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“). *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.*	**40,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.3 Reinkultur, Identifizierung 12.03.13.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**11,12 €**
12417	**Bacterium-Identifizierung I, je Reinkultur** Reinkultur; Kombinations-Nährmedium (z.B. Kligler-Agar, Triple-Sugar-Iron-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell-qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**8,05 €**
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. *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.*	**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. *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.*	**15,48 €**
12420	**Bacterium-Identifizierung II, je Reinkultur** Isoliertes Ganzzell-(Bakterien-)Hydrolysat; Chromatographie (z.B. DC); Auswertung: visuell-qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *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.*	**4,57 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12422	**Bacterium-Identifizierung III, je Reinkultur** Reinkultur; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. GC-MS, MALDI-TOF-MS); Auswertung: apparativ-systemspezifisch, Abgleich mit Referenzdatenbank. *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.*	**46,13 €**
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. *Das/Die untersuchte(n) Bakterium/Bakterien ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**15,27 €**
12424	**Bacterium-Identifizierung, je Reinkultur und Antigen** Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *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.*	**12,92 €**
12425	**Bacterium-Identifizierung, je Reinkultur und Antiserum** Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**18,42 €**
12426	**Bacterium-Nachweis und/oder -Identifizierung, je Ansatz** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial oder Reinkultur; Durchflusszytometrie; Auswertung: apparativ-systemspezifisch (Auswertesoftware). *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.*	**16,26 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12427	**Beta-hämolysierende Streptokokken, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12427 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.*	**7,37 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12429 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.*	**6,79 €**
12430	**Gram-Färbung, je Reinkultur** Reinkultur-Ausstrich; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das/Die untersuchte(n) Bacterium/Bacteria ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**4,50 €**
12431	**Haemophilus influenzae, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12431 ist pro Reinkultur bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**10,83 €**
12432	**Legionella, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12432 ist pro Reinkultur bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**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. *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.*	**26,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12435	**Mycobacterium-tuberculosis-Komplex, Identifizierung insgesamt** Reinkultur; biochemische Reaktionen (z.B. Niacin-(Nikotinsäure-)Nachweis, Nitratreduktase); Auswertung: visuell-qualitativ. *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.*	**42,09 €**
12436	**Neisseria meningitidis, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12436 ist pro Reinkultur bis zu zehnmal berechnungsfähig.*	**10,97 €**
12437	**Salmonella, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12437 ist pro Reinkultur bis zu fünfzehnmal berechnungsfähig.*	**8,61 €**
12438	**Shigella, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12438 ist pro Reinkultur bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**11,91 €**
12439	**Vibrio cholerae, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12439 ist pro Reinkultur bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**6,08 €**
12440	**Yersinia, Antigen-AT, je Antiserum** Antigen-Differenzierung (Serotypisierung); Reinkultur; Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Die Leistung nach Nummer 12440 ist pro Reinkultur bis zu fünfmal berechnungsfähig.*	**9,19 €**
12441	**Ziehl-Neelsen-Färbung, je Reinkultur** Reinkultur-Ausstrich; Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ.	**12,25 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.4 Bakterientoxine 12.03.13.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12456	**Bacterium-Toxin, je Untersuchung** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Taxon-spezifisches Antitoxin, z.B. Immunchromatographie, Immunpräzipitation (z.B. Elek-Test); Auswertung: visuell-qualitativ. *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.*	**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. *Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 12457 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.*	**26,86 €**
12458	**Clostridium difficile, Toxin-Immunoassay** Toxinnachweis (z.B. Toxin A und/oder B); Stuhl (ungeformt, flüssig-breiig); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Die Leistung nach Nummer 12458 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11040 oder 12456 nicht berechnungsfähig.*	**29,04 €**
12459	**Darmpathogene Escherichia coli, Toxin-Immunoassay, je Toxin** Toxinnachweis (z.B. Shigatoxin, Enterotoxin); Kultur (Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Die Leistung nach Nummer 12459 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 12460 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.*	**33,41 €**
12461	**Vibrio cholerae, Toxin-Immunoassay** Toxinnachweis (Choleratoxin); Kultur (Stuhl); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Die Leistung nach Nummer 12461 ist neben der Leistung nach Nummer 12456 nicht berechnungsfähig.*	**33,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.5 Keimzahl, Hemmstofftest 12.03.13.01.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**3,29 €**
12473	**Keimzahl, Oberflächenkulturverfahren** Z.B. Bronchiallavage, Urin; Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Anzahl Kolonien, Umrechnung in KBE/ml). *Die Leistung nach Nummer 12473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12472 oder 12474 nicht berechnungsfähig.*	**5,05 €**
12474	**Keimzahl, Plattengussverfahren** z.B. Bronchiallavage, Urin; Plattenguss, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Anzahl Kolonien, Umrechnung in KBE/ml). *Die Leistung nach Nummer 12474 ist neben den Leistungen nach den Nummern 12472 oder 12473 nicht berechnungsfähig.*	**7,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.1.6 Empfindlichkeitstestung (In-vitro-Wirkintensität von Antibiotika) 12.03.13.01.06

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *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.*	**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). *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.*	**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). *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.*	**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). *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.*	**5,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12485	**Gradientendiffusionstest (Etest) zur MHK-Bestimmung, je Keim und Testsubstanz (Antibiotikum)** Bacterium-Reinkultur (Inokulum); Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung: visuell-semiquantitativ (Hemmhof, Ablesung MHK auf Plastikstreifen). *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.*	**8,48 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.2 Parasiten 12.03.13.02

13.2.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial) 12.03.13.02.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12501	**Entamoeba** Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**5,54 €**
12502	**Ektoparasiten (Spinnentiere, Insekten)** Artbestimmung; Feuchtkonservierung (z.B. in Ethanol), Mazeration, Eindecken, Färbung, Hellfeldmikroskopie; Auswertung: visuell-deskriptiv. *Der untersuchte Ektoparasit ist in der Rechnung anzugeben.*	**32,86 €**
12503	**Filarioidea (Filarien), Färbung** Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Hämatoxylin), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**22,96 €**
12504	**Coccidia, Autofluoreszenz** Nativmaterial; Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ (z.B. Cryptosporidium parvum, Cyclospora cayetanensis, (Cysto)Isospora belli, Sarcocystis spp.). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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.). *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.*	**20,44 €**
12506	**Giardia lamblia** Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**11,08 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12507	**Leishmania, Färbung** Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Giemsa), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**19,09 €**
12508	**Microsporidia, Färbung** Nativmaterial; aufwendige Färbung (z.B. Chromotropfärbung, Calcofluor), z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,32 €**
12509	**Parasit, IA, je Antigen** Antigennachweis; Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *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.*	**17,77 €**
12510	**Parasit, IFT, je Antigen** Antigennachweis; Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**23,69 €**
12511	**Parasit, Koproantigennachweis, je Untersuchung** Stuhl; vorgefertigter Reagenzträger (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-qualitativ. *Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**9,51 €**
12514	**Trichomonas** Nativmaterial; ggf. einschließlich Färbung (z.B. Giemsa), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**7,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12515	**Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier** Nativmaterial; ggf. einschließlich einfacher Färbung (z.B. Lugol, Methylenblau), Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**9,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.2.2 Anreicherung, Identifizierung 12.03.13.02.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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. *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.*	**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). *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.*	**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. *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.*	**24,36 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.2.3 Anzucht, Identifizierung 12.03.13.02.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12531	**Angezüchteter Parasit, IA, je Antigen** Antigennachweis; Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,77 €**
12532	**Parasit-Anzucht, je Nährmedium** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial (z.B. Liquor, Sekrete); z.B. Spezialnährmedien, Bebrütung, ggf. einschließlich Hellfeldmikroskopie; Auswertung: visuell-qualitativ. *Der/Die Parasit(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**17,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.3 Pilze 12.03.13.03

13.3.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial) 12.03.13.03.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12540	**Aspergillus, IA** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor, BAL); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,81 €**
12541	**Candida, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: quantitativ (Titer). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12541 ist neben der Leistung nach Nummer 12542 nicht berechnungsfähig.*	**13,59 €**
12542	**Candida, IA** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12542 ist neben der Leistung nach Nummer 12541 nicht berechnungsfähig.*	**18,93 €**
12543	**Cryptococcus neoformans, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Serum, Liquor); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: quantitativ (Titer). *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.*	**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. *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.*	**7,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12545	**Pilz, Direktnachweis IFT, je Antiserum** Nativmaterial; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**21,12 €**
12546	**Pilz, einfacher Direktnachweis** Nativmaterial (z.B. Nasspräparat), ggf. einschließlich Zerkleinerung und/oder Zentrifugation; Lichtmikroskopie (z.B. Hellfeld, Dunkelfeld, Phasenkontrast); Auswertung: qualitativ. *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.*	**7,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.3.2 Anzucht 12.03.13.03.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12551	**Pilz-Anzucht I, je Nährmedium und Bebrütungstemperatur** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Optimal-Nährmedium (z.B. supplementierter [z.B. mit Wuchsstoffen] 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 („Plattenvisite“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12551 ist pro Probenmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig.*	**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 („Plattenvisite“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12552 ist pro Probenmaterial bis zu fünfmal berechnungsfähig.*	**5,37 €**
12553	**Pilz-Anzucht III, je Nährmedium und Bebrütungstemperatur** (Potenziell) infiziertes Probenmaterial; Spezialnährmedium (z.B. Harnstoffagar, Stärkeagar, Staib-Agar), Bebrütung; Auswertung: visuell („Plattenvisite“). *Das untersuchte Probenmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12553 ist pro Probenmaterial bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**7,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.3.3 Reinkultur, Identifizierung 12.03.13.03.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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). *Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**5,88 €**
12563	**Pilz-Identifizierung III, je Reinkultur** Reinkultur; Pilz-spezifische Färbung(en), z.B. Hellfeldmikroskopie, Fluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**9,59 €**
12564	**Pilz-Identifizierung IV, je Reinkultur** Reinkultur; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (z.B. GC-MS, MALDI-TOF-MS); Auswertung: apparativ-systemspezifisch, Abgleich mit Referenzdatenbank. *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.*	**46,13 €**
12565	**Pilz-Identifizierung, je Reinkultur und Antiserum** Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**8,83 €**
12566	**Pilz-Identifizierung, je Reinkultur, je Spektroskopie** Reinkultur; Fourier-Transformation-Infrarot-Spektroskopie (FT-IR-Spektroskopie); Auswertung apparativ-systemspezifisch, Datenbank-gestützt. *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.*	**25,33 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12567	**Pilz-Identifizierung, je Reinkultur-Antigen** Antigennachweis; Reinkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *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.*	**8,89 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.3.4 Empfindlichkeitstestung (In-vitro-Wirkintensität von Antimykotika) 12.03.13.03.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Der/Die untersuchte(n) Pilz(e) und das Regelwerk sind in der Rechnung anzugeben.*	**6,83 €**
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). *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.*	**6,83 €**
12573	**Gradientendiffusionstest (Etest), je Pilz und Testsubstanz (Antimycoticum)** Reinkultur (Inokulum); Oberflächenkultur, Bebrütung; Auswertung visuell-semiquantitativ (Hemmhof, Ablesung MHK auf Plastikstreifen). *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.*	**10,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.4 Viren 12.03.13.04

13.4.1 Nativmaterial (originäres Probenmaterial) 12.03.13.04.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12591	**Adenoviridae, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12591 ist neben der Leistung nach Nummer 12592 nicht berechnungsfähig.*	**12,26 €**
12592	**Adenoviridae, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Adenoviridae, Antigen-IA.* *Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).* *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12592 ist neben der Leistung nach Nummer 12591 nicht berechnungsfähig.*	**12,02 €**
12593	**Astrovirus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**21,90 €**
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). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**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). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**47,42 €**
12596	**Hepatitis-B-Virus (HBe-Antigen), Antigen-IA** Antigennachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).	**18,55 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12597	**Hepatitis-B-Virus (HBs-Antigen), Antigen-IA** Antigennachweis; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten).	**18,55 €**
12598	**Influenza-A- und Influenza-B-Virus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *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.*	**13,84 €**
12599	**Norovirus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**21,90 €**
12600	**Parainfluenzavirus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben.*	**13,84 €**
12601	**Respiratory-Syncytial-Virus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *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.*	**29,24 €**
12602	**Rotavirus, Antigen-AT** Antigennachweis; Nativmaterial (z.B. Stuhl); Agglutinationstest (Antikörper-beschichtete Partikel [z.B. Polystyrol-Latex]); Auswertung: visuell-qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12602 ist neben der Leistung nach Nummer 12603 nicht berechnungsfähig.*	**11,08 €**
12603	**Rotavirus, Antigen-IA** Antigennachweis; Nativmaterial; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-testspezifisch (relative Einheiten). *Das untersuchte Nativmaterial ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12603 ist neben der Leistung nach Nummer 12602 nicht berechnungsfähig.*	**21,90 €**
12604	**Virus-Nachweis, Antigen-IFT, je Antiserum** Nativmaterial (z.B. zellhaltiges Abstrichmaterial); Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**20,60 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12605	**Virus-Nachweis, EM** Nativmaterial (z: B. Stuhl, Liquor, Sekret); Elektronenmikroskopie, ggf. einschließlich Immuntechniken (IEM); Auswertung: qualitativ. *Das untersuchte Nativmaterial und das/die untersuchte(n) Virus/Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	**144,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.4.2 Anzucht 12.03.13.04.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *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.*	**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. *Das untersuchte Nativmaterial und das/die Taxon-spezifische(n) Antiserum/Antiseren sind in der Rechnung anzugeben.*	**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. *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.*	**22,68 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.4.3 Identifizierung 12.03.13.04.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12621	**Virus-Identifizierung, AT, je Zellkultur** Antigennachweis/-identifizierung; (potenziell) infizierte Zellkultur; z.B. Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung; Auswertung: visuell-qualitativ. *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.*	**12,49 €**
12622	**Virus-Identifizierung, EM, je Zellkultur** (Potenziell) infizierte Zellkultur; Elektronenmikroskopie, ggf. einschließlich Immuntechniken (IEM); Auswertung qualitativ. *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.*	**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). *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.*	**20,78 €**
12624	**Virus-Identifizierung, IFT, je Zellkultur und Antiserum** Antigennachweis/-identifizierung; (potenziell) infizierte Zellkultur; Taxon-spezifisches Antiserum, Immunfluoreszenzmikroskopie; Auswertung: qualitativ. *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.*	**23,69 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12625	**Virus-Identifizierung, Neutralisationstest, je Zellkultur und Antiserum** (Potenziell) infizierte Zellkultur; Neutralisationstest; Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ (Aufhebung des zytopathischen Effekts ja/nein). *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.*	**45,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

13.5 Nachweis, Identifizierung, Empfindlichkeitstestung automatisiert 12.03.13.05

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 12631 ist pro Blutentnahmezeitpunkt bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**14,27 €**
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). *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.*	**22,81 €**
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. *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.*	**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). *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.*	**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. *Das/Die untersuchte(n) Probenmaterial(ien) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**34,12 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12636	**Pilz-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). *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.*	**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. *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.*	**21,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14. Proteine, Peptide, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren, Porphyrine 12.03.14

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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*	Gebührensatz
12651	**Albumin** Serum oder Plasma; Urin (z.B. Nachweis Mikroalbuminurie), Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion); Auswertung: apparativ-quantitativ (z.B. Extinktion, Radius). *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.*	**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).	**12,44 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12656 ist neben der Leistung nach Nummer 11002 nicht berechnungsfähig.*	**8,36 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**4,29 €**
12662	**Immunglobulin D (IgD)** Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**14,15 €**
12663	**Immunglobulin G (IgG)** Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**4,29 €**
12664	**Immunglobulin M (IgM)** Serum oder Plasma, Urin, Liquor; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**4,29 €**
12665	**Immunglobulin-A-Subklassen, je Subklasse** Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**28,55 €**
12666	**Immunglobulin-G-Subklassen, je Subklasse** Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**28,55 €**
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.	**28,55 €**
12668	**Präalbumin** Serum oder Plasma; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**11,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14.1.2 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.14.01.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 12694 ist neben der Leistung nach Nummer 11001 nicht berechnungsfähig.*	**30,73 €**
12695	**Carboxyterminale, quervernetzte Typ-I-Kollagen-Telopeptide (CTX, β-Crosslaps)** Abklärung Osteoporose; Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12695 ist neben der Leistung nach Nummer 12766 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 12698 ist neben der Leistung nach Nummer 12759 nicht berechnungsfähig.*	**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.	**41,11 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**41,11 €**
12702	**Mittregionales pro-atriales natriuretisches Peptid (MR-Pro-ANP)** Abklärung Herzinsuffizienz; Serum oder Plasma; Signal-(Tracer)verstärkter Immunoassay; Auswertung apparativ-quantitativ). *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.*	**30,73 €**
12703	**Neopterin, IA** Serum oder Plasma, Urin, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12703 ist neben der Leistung nach Nummer 12762 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**20,30 €**
12704	**Neutrophilen-Gelatinase-assoziiertes Lipocalin (NGAL)** Abklärung akuter Nierenschaden (ANS); Serum oder Plasma, Urin; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**
12705	**Osteocalcin** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12705 ist neben der Leistung nach Nummer 12934 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 12707 ist neben der Leistung nach Nummer 12763 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12714 ist neben der Leistung nach Nummer 11016 nicht berechnungsfähig.*	**13,73 €**
12715	**Zonulin** Stuhl; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12715 ist neben der Leistung nach Nummer 12090 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**29,03 €**
12716	**Zytokine, lösliche Zytokinrezeptoren, je Zytokin(-rezeptor)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Zytokin(e) bzw. der/die lösliche(n) Zytokinrezeptor(en) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**32,57 €**
12717	**Lipopolysaccharid bindendes Protein (LBP), IA** Serum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**23,75 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14.1.3 Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, radiale Immundiffusion (IIR) oder Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.14.01.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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).	**28,55 €**
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.	**27,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14.1.4 Methoden, sonstige 12.03.14.01.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12756	**Aminosäuren-Differenzierung, quantitativ, je Chromatogramm** Abklärung angeborene Stoffwechseldefekte; Serum oder Plasma, Urin; z.B. Ionenaustauschchromatographie einschließlich Spektralphotometrie, Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das untersuchte Aminosäureprofil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 12756 ist neben der Leistung nach Nummer 12764 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die CDT-Bestimmung ist ausschließlich nach Nummer 12757 berechnungsfähig.*	**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. *Die Leistung nach Nummer 12759 ist neben der Leistung nach Nummer 12698 nicht berechnungsfähig.*	**24,46 €**
12760	**Kryoglobulin** Blut, spezielle Probenaufbereitung (z.B. 37° C); graduiertes Spitzröhrchen, Kälteexposition (z.B. 72 Std. bei 4°C); Auswertung: Ablesung Kryokrit (%). *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.*	**18,79 €**
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). *Die Leistung nach Nummer 12761 ist bis zu fünfmal berechnungsfähig.*	**18,04 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12762	**Neopterin, HPLC** Serum oder Plasma, Urin, Liquor; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12762 ist neben der Leistung nach Nummer 12703 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**22,34 €**
12763	**Procalcitonin, ST** Serum oder Plasma; immunologisches Schnelltestformat (z.B. Immunchromatographie); Auswertung: visuell-semiquantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12763 ist neben der Leistung nach Nummer 12707 nicht berechnungsfähig.*	**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. *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.*	**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.	**7,69 €**
12766	**Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin** Abklärung Osteoporose; Urin (z.B. erster Morgenurin); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12766 ist neben der Leistung nach Nummer 12695 nicht berechnungsfähig.*	**27,30 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14.2 Elektrophoreseverfahren 12.03.14.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12781	**Gel-Elektrophorese, einschließlich Immunreaktion (Western-Blotting)** z.B. 14-3-3-Proteine im Liquor; (SDS-)Gel-Elektrophorese, Proteintransfer (z.B. Elektroblotting), Antigen-Antikörper-Komplexierung, -Fixierung, Bandendetektion (z.B. Farbreaktion); Auswertung: z.B. Banden-basierter visueller Mustervergleich, Densitometer, Luminometer. *Die Leistung nach Nummer 12781 ist für den Nachweis von Autoantikörpern sowie Antikörpern der Infektionsserologie (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren) nicht berechnungsfähig.*	**37,13 €**
12782	**Immunelektrophorese, je Ansatz** Serum, einschließlich Kontrollserum; Elektrophorese mit anschließender Immundiffusion (z.B. nach Grabar und Williams); Auswertung: visuell-deskriptiv. *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.*	**30,50 €**
12783	**Immunfixations-Elektrophorese, je Antiserum** Serum, Urin; Elektrophorese, Antigen-Antikörper-Komplexierung und -Fixierung, Färbung; Auswertung: visuell-deskriptiv. *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.*	**24,40 €**
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). *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.*	**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. *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.*	**21,96 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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). *Die Leistung nach Nummer 12787 ist neben der Leistung nach Nummer 12785 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**21,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

14.3 Porphyrine 12.03.14.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12796	**Delta-Aminolävulinsäure (5-Aminolävulinsäure, ALS, ALA)** Spontanurin, 24-Std.-Urin; Säulenchromatographie (z.B. Ionenaustauschchromatographie), einschließlich Spektrotometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**26,17 €**
12797	**Gesamt-Porphyrine** z.B. Spontanurin, Stuhl, Erythrozyten(-Hämolysat), ggf. einschließlich Probenaufbereitung; Spektrometrie (Fluorimetrie); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12797 ist neben der Leistung nach Nummer 12800 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**18,79 €**
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** Porphyrinmetaboliten-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). *Die Leistung nach Nummer 12800 ist neben der Leistung nach Nummer 12797 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**23,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

15. Sekrete, Liquor, Konkremente, Synovia 12.03.15

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Liquorrhoe; Nasen- oder Ohrsekret; z.B. Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**
12813	**Sekret** z.B. Cervix uteri; Nasspräparat oder Lufttrocknung; Hellfeldmikroskopie, ggf. einschließlich Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung qualitativ (z.B. Farnkrautphänomen). *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.*	**2,95 €**
12814	**Spermauntersuchung (Spermiogramm), insgesamt** Ejakulat; Untersuchungen: Menge, pH; Nativpräparate: Spermienkonzentration, gesamte Spermienzahl, Spermien-Motilität [3 Bewegungskategorien], ggf. einschließlich Vitalität [z.B. Eosin-Test, HOS-Test], Spermien-Agglutinationen [4 Schweregrade], Ausstrichpräparate: Spermien-Morphologie [Ausstrich, z.B. Färbung nach Papanicolaou], ggf. einschließlich Leukozytennachweis (POX-Nachweis); Auswertung: quantitativ (Spermiogramm). *Die Leistung nach Nummer 12814 ist neben der Leistung nach Nummer 11829 nicht berechnungsfähig.*	**60,00 €**
12815	**Spermien-Antikörper (IgG, IgA), je Immunglobulin** Mixed-Antiglobulin-Reaction-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).	**28,91 €**
12817	**Spermien-Penetrationstest, je Test** z.B. In-vivo-(Postkoital-)Test, einfacher In-vitro-Objektträger-Test, Kapillar-Test; Objektträger, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: quantitativ-deskriptiv (z.B. Spermien-Motilität).	**28,91 €**
12818	**Steinanalyse, IR** z.B. Harnstein, einschließlich Probenaufbereitung; Infrarotspektroskopie; Auswertung: apparativ-quantitativ (Zusammensetzung [%]). *Die Leistung nach Nummer 12818 ist neben der Leistung nach Nummer 12819 nicht berechnungsfähig.*	**22,97 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12819	**Steinanalyse, RD** z.B. Harnstein einschließlich Probenaufbereitung; Röntgendiffraktion; Auswertung: apparativ-quantitativ (Zusammensetzung [%]). *Die Leistung nach Nummer 12819 ist neben der Leistung nach Nummer 12818 nicht berechnungsfähig.*	**35,38 €**
12820	**Synovia, mikroskopisch** Untersuchung auf Kristalle, ggf. einschließlich Ragozyten, LE-Zellen; Nativmaterial; Nasspräparat, z.B. Hellfeldmikroskopie, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: qualitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 12820 ist neben der Leistung nach Nummer 11036 nicht berechnungsfähig.*	**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). *Die Leistung nach Nummer 12821 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11828 oder 11829 nicht berechnungsfähig.*	**16,18 €**
12822	**Tau-Proteine (Gesamt-[t-]Tau, phosphoryliertes [p-]TauThr181), je Protein** Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Das/Die untersuchte(n) Tau-Protein(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**38,24 €**
12823	**Zellausstrich** Liquor, Synovia, ggf. einschließlich Zytozentrifugation; Färbung (z.B. nach Pappenheim), Hellfeldmikroskopie; Auswertung: qualitativ-deskriptiv. *Die Leistung nach Nummer 12823 ist neben der Leistung nach Nummer 11035 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**9,20 €**
12824	**Zellzahl (Leukozytenzahl)** Liquor, Synovia, einschließlich Probenaufbereitung (z.B. Lyse); Zählkammer, Phasenkontrastmikroskopie; Auswertung: Zellzahl/µl. *Die Leistung nach Nummer 12824 ist zweimal berechnungsfähig, wenn die Zellzahl vor und nach Lysierung der Erythrozyten bestimmt wird.*	**6,10 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

16.1 Atomabsorptionsspektrometrie 12.03.16.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 12841 ist neben der Leistung nach Nummer 11062 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**23,22 €**
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12844	**Kupfer, AAS** Abklärung M. Wilson; Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Speichel, Leberstanze; z.B. Flammen-Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12844 ist neben der Leistung nach Nummer 12901 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**23,22 €**
12845	**Magnesium, AAS** Serum oder Plasma, Urin; z.B. elektrothermische (flammenlose) Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12845 ist neben der Leistung nach Nummer 11077 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**
12851	**Zink** Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Ejakulat; z.B. Flammen-Atomabsorptionsspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12851 ist neben der Leistung nach Nummer 12906 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**23,22 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

16.2 Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC) 12.03.16.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12861	**Beta-Carotin** Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,21 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12862 ist neben der Leistung nach Nummer 12885 nicht berechnungsfähig.*	**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.	**27,21 €**
12866	**Vitamin B1** Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,21 €**
12867	**Vitamin B6** z.B. Serum oder Plasma, Erythrozyten (z.B. Hämolysat); Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,21 €**
12868	**Vitamin C** Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,21 €**
12869	**Vitamin K** Serum oder Plasma; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**29,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

16.3 Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay (IA) 12.03.16.03

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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. *Die Leistung nach Nummer 12885 ist neben der Leistung nach Nummer 12862 nicht berechnungsfähig.*	**21,49 €**
12886	**Vitamin B12** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**14,16 €**
12887	**Freies Vitamin D; IA** Serum, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Durchführung der Leistung ist auf den Einzelfall bezogen zu begründen.*	**29,90 €**
12888	**Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), IA** Serum oder Plasma, Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**29,90 €**
12889	**Neurofilament (pNf-H); Direktnachweis** Serum oder Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**43,14 €**
12890	**Neurofilament (Nf-L); Direktnachweis** Serum oder Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**43,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12891	**Uromodulin; Direktnachweis** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ-testspezifisch.	**34,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

16.4 Methoden, sonstige 12.03.16.04

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**32,82 €**
12901	**Kupfer, photometrisch** Serum oder Plasma; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12901 ist neben der Leistung nach Nummer 12844 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.*	**9,88 €**
12902	**Methylmalonsäure** 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.	**63,32 €**
12903	**Pantothensäure, GC-MS** Serum oder Plasma, Urin; Gaschromatographie-Massenspektrometrie; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**63,32 €**
12904	**Spurenelement- und/oder Vitamin-Spektrum** Vollblut (EDTA, Heparin), 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. *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.*	**72,03 €**
12905	**Spurenelement- und/oder Vitamin-Spektrum** Vollblut (EDTA, Heparin), 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. *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.*	**67,90 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12906	**Zink, photometrisch**	**11,61 €**
	Serum oder Plasma, Urin (z.B. 24-Std.-Urin), Ejakulat; Photometrie (Analyt-Farbkomplex); Auswertung: apparativ-quantitativ.	
	Die Leistung nach Nummer 12906 ist neben der Leistung nach Nummer 12851 nicht berechnungsfähig, wenn die Untersuchung aus dem gleichen Probenmaterial erfolgt.	

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

17. Stoffwechselendprodukte, Enzyme 12.03.17

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**18,67 €**
12923	**Beta-Hydroxybutyrat** Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12923 ist neben der Leistung nach Nummer 11012 nicht berechnungsfähig.*	**18,79 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12926 ist neben der Leistung nach Nummer 11061 nicht berechnungsfähig.*	**18,79 €**
12927	**Diaminooxidase (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. *Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**18,35 €**
12929	**Gallensäuren** z.B. Serum oder Plasma; z.B. Photometrie (Reaktionsprodukt), Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**24,65 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12930	**Glutamatdehydrogenase (GLDH)** Serum oder Plasma; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**2,08 €**
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. *Die Leistung nach Nummer 12931 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11742, 11743 oder 11746 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**28,55 €**
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). *Die untersuchten Isoenzyme sind in der Rechnung anzugeben.*	**26,35 €**
12934	**Knochenspezifische alkalische Phosphatase (Knochen-AP)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12934 ist neben der Leistung nach Nummer 12705 nicht berechnungsfähig.*	**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. *Das/Die untersuchten Enzym(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.*	**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 (Lysoplatten-Technik); Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**20,95 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12939	**N-Acetyl-Beta-D-Glucosaminidase (NAG)** Urin; Photometrie (Reaktionsprodukt); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**15,08 €**
12940	**Organische Säuren-Differenzierung, je Untersuchung (Spektrum)** Abklärung angeborene Stoffwechselstörung; Urin; Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS); Auswertung: z.B. apparativ-qualitativ, apparativ-quantitativ.	**63,32 €**
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** Neugeborenenscreening; 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

18. Tumormarker 12.03.18

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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.	**27,82 €**
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.	**27,82 €**
12971	**M2-Pyruvat-Kinase (M2-PK)** Stuhl oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**24,93 €**
12972	**Melanoma-Inhibitory-Antgen (MIA)** Verlaufsbeurteilung malignes Melanom; Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
12973	**Neuronenspezifische Enolase (NSE)** Serum oder Plasma, Liquor; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ.	**21,65 €**
12974	**Tumorantigen** Abklärung Harnblasentumor; Urin; z.B. Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12974 ist aus demselben Material einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 12974 ist neben der Leistung nach Nummer 11018 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Prostataspezifisches Antigen (Gesamt-PSA oder komplexiertes PSA und/oder freies PSA)** Serum oder Plasma; Signal-(Tracer-)verstärkter Immunoassay; Auswertung: apparativ-quantitativ. *Die Leistung nach Nummer 12977 ist bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**12,12 €**
12978	**5-S-Cysteinyl-DOPA (5-SCD)** Verlaufsbeurteilung malignes Melanom; Plasma, Urin; Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC); Auswertung: apparativ-quantitativ.	**27,82 €**
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.	**29,77 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **N**

Zell- und gewebebasierte Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

I. Histologie, Zytologie und Tumorgenetik 13.01

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13000	**Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung des Standardverfahrens,** ggf. einschließlich Anwendung typisch fallbezogener Klassifikationen *Die Leistung nach Nummer 13000 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13001 nicht berechnungsfähig.*	**31,95 €**
13001	**Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials, nach besonders aufwendiger technischer Aufbereitung,** (z.B. Aufarbeitung von Knochen, Positionierung der Schleimhaut, Anfertigung von Stufenschnitten,)ggf. einschließlich Anwendung typisch fallbezogener Klassifikationen *Die Leistung nach Nummer 13001 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13000 nicht berechnungsfähig.*	**42,56 €**
13002	**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 Gewebemerkmalen**	**33,09 €**
13003	**Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung eines elektronenmikroskopischen Verfahrens,** ggf. einschließlich Einbettung in Kunststoff und Photodokumentation	**561,00 €**
13004	**Histologische oder zytologische Sofortuntersuchung und -Begutachtung eines Materials während einer Operation,** (z.B. Schnellschnitt bzw. Tupfpräparate)	**32,11 €**
13005	**Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines Sonderverfahrens,** (z.B. Polarisations- oder Interferenzmikroskopie, PAS oder Peroxidase-Reaktion)	**36,51 €**
13006	**Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines immunhistochemischen oder immunzytochemischen Sonderverfahrens, mit Nachweis oder Ausschluss eines qualitativen Markers (qualitative Merkmalsbestimmung), je Material und Sonderverfahren** *Die Leistungen nach Nummer 13006 und 13007 sind für dasselbe Material und denselben Marker nicht nebeneinander abrechnungsfähig.*	**105,15 €**
13007	**Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung je eines immunhistochemischen oder immunzytochemischen Sonderverfahrens zur Bestimmung eines quantitativen Markers (quantitative Merkmalsbestimmung),** ggf. einschließlich Angabe des Auswertesystems, je Material und Sonderverfahren *Die Leistungen nach Nummer 13006 und 13007 sind für dasselbe Material und denselben Marker nicht nebeneinander abrechnungsfähig.*	**165,24 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13008	**Histologische oder zytologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials unter Anwendung einer in-situ-Hybridisierungstechnik,** ggf. einschließlich Photodokumentation, je DNA-Sonde	**113,41 €**
13009	**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 - Mikrodissektion - Entparaffinierung der Gewebeschnitte - Erstellung von Dünnschnitten bei formalinfixiertem paraffineingebetteten Gewebe - gewebespezifischem Verdau	**67,00 €**
13010	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13009 für die Lasermikrodissektion zur selektiven Anreicherung von mit molekularpathologischen Fragestellungen zu untersuchenden Zell- oder Gewebsstrukturen,** einschließlich Herstellung und mikroskopischer Untersuchung von Kontrollpräparaten vor und nach der Durchführung der Lasermikrodissektion, ggf. nach Standardfärbung	**16,27 €**
13011	**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 *Die Leistung nach Nummer 13011 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13014, nicht berechnungsfähig.*	**18,50 €**
13012	**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 €**
13013	**Zytologische Untersuchung und Begutachtung eines unter Zuhilfenahme eines mittels Flüssigmediums vollständig gewonnenen Zellmaterials von Ekto- und/oder Endozervix und/oder von der Vaginalschleimhaut,** einschließlich randomisierter Aufbereitung, ggf. einschließlich der Beurteilung der hormonellen Funktion *Die Leistung nach Nummer 13013 ist für dasselbe Material neben der Leistung nach Nummer 13014 nicht berechnungsfähig.*	**23,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13014	**Zytologische Untersuchung von z.B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten,** ggf. einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material, je Untersuchungsmaterial *Die Leistung nach Nummer 13014 ist für die Begutachtung von Zellen von Ekto- und/oder Endozervix und/oder von der Vaginalschleimhaut nicht berechnungsfähig.*	**25,80 €**
13015	**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 €**
13016	**Isolierung von DNA, RNA, Proteinen oder Peptiden aus Untersuchungsmaterial als Vorbereitung für molekularpathologische Untersuchungen nach Kapitel M III.12 (Molekulargenetische Untersuchungen)**	**64,40 €**
13017	**Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profils einschließlich der Testkosten für den Oncotype-Test**	**3.580,30 €**
13018	**Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profils einschließlich der Testkosten für den Prosigna-Test**	**2.577,80 €**
13019	**Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profils einschließlich der Testkosten für den Mammaprint-Test**	**2.407,50 €**
13020	**Multigentest zur Unterstützung der Therapiefindung bei malignen Tumoren durch Bestimmung eines genetischen Tumor-Profils einschließlich der Testkosten für den EndoPredict-Test**	**2.321,00 €**
13021	**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 €**
13022	**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 *Die Leistung nach Nummer 13022 ist neben der Leistung nach Nummer 13015 berechnungsfähig.*	**56,52 €**
13023	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13024	**Molekularpathologische Analyse von einem oder mehreren Genen mit insgesamt unter 5 kb untersuchter Sequenz, bis 5 Mutationsstellen bzw. 250 bp Sequenzlänge bzw. 1 Fusionsgen bzw. 3 CpG-Cluster,** je Material Nachweis bekannter krankheitsrelevanter bzw. krankheitsauslösender Mutationen oder Fusionen, oder Suche nach unbekannten Mutationen oder Fusionen, oder Bestimmung von (Promotor-)Methylierungen; Probe: Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung unter Berücksichtigung morphologischer Gegebenheiten: z.B. Makrodissektion, DNA- oder RNA-Isolierung, ggf. RNATranskription, molekulare Analyse (z.B. Sequenzierverfahren ggf. einschließlich Elektrophorese, Detektion und Auswertung) sowie Korrelation mit der Morphologie *Das/Die untersuchte(n) Gen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.* *Neben der Leistung nach Nummer 13024 sind für das gleiche Material und die gleiche Untersuchungsart (Mutationen/Fusionen/Methylierungen) die Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.*	**455,56 €**
13025	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13024** *Der Zuschlag nach Nummer 13025 ist* *- bis 10 Mutationsstellen oder 500 bp oder 2 Fusionsgenen oder 5 CpG-Cluster einmal* *- bis 15 Mutationsstellen oder 1000 bp oder 3 Fusionsgenen oder 8 CpG-Cluster zweimal* *- bis 20 Mutationsstellen oder 2500 bp oder 5 Fusionsgenen oder 12 CpG-Cluster dreimal* *- bis unter 5000 bp oder bei mehr als 5 Fusionsgenen oder mehr als 12 CpG-Cluster viermal* *berechnungsfähig.* *Relevant ist der durch ggf. mehrere untersuchte Gene gemeinsam zuerst erreichte höchste Wert der gleichen Untersuchungsart (Mutationen/Fusionen/Methylierungen).*	**200,00 €**
13026	**Molekularpathologische Analyse auf eine B-Zell- oder T-Zell-Klonalität,** je Material Untersuchung auf eine klonal proliferierte B-Zell-Population (Fragmentlängenanalyse von Immunglobulin-Schwerketten (IGH)- und Immunglobulin-Leichtketten (IGL)-Umlagerungen oder Untersuchung auf eine klonal proliferierte T-Zell-Population (Fragmentlängenanalyse von T-Zell-Rezeptor-Gamma (TCRG)- und T-Zell-Rezeptor-Beta (TCRB)-Umlagerungen. Probe: Gewebe (z.B. Tumor), einschließlich Probenaufbereitung unter Berücksichtigung morphologischer Gegebenheiten: z.B. Makrodissektion, DNA-Isolierung, DNA-Qualitätskontrolle sowie Korrelation mit der Morphologie	**850,00 €**
13027	**Molekularpathologische Analyse auf eine Mikrosatelliteninstabilität** **Untersuchung auf eine Mikrosatelliteninstabilität mittels nukleinsäurebasierter Verfahren** Probe: Tumorgewebe sowie Normalgewebe, einschließlich Probenaufbereitung unter Berücksichtigung morphologischer Gegebenheiten: z.B. Makrodissektion, DNA-Isolierung sowie Korrelation mit der Morphologie	**670,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

II. Zytogenetik und molekulare Zytogenetik 13.02

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 Mosaike** *Der Zuschlag nach Nummer 13102 ist neben der Leistung nach Nummer 13100 oder 13103 einmal berechnungsfähig.*	**216,68 €**
13103	**Pränatale Chromosomenpräparation, -untersuchung und humangenetische Begutachtung hinsichtlich konstitutioneller Aberrationen - Bearbeitung von zwei Kulturen,** ggf. einschließlich vorangehender Zellkultur *Bei Mehrlingen ist die Leistung nach Nummer 13103 je Fötus berechnungsfähig.*	**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 Trytophanhydroxylase, 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** *Die Leistung nach Nummer 13107 ist neben der Leistung nach Nummer 13108, 13109 oder 13110 insgesamt nur einmal berechnungsfähig.*	**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 mindestens 30 Zellkernen pro Chromosom, insgesamt	**304,95 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13109	**Molekularzytogenetische Darstellung, Untersuchung und humangenetische und/oder molekularpathologische 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 *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.*	**134,96 €**
13114	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13113 je weitere vollendete 30 Minuten** *Der Zuschlag nach Nummer 13114 ist bis zu viermal berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13115 ist bis zu viermal berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 13116 ist einmal je Fall berechnungsfähig.*	**39,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 13117 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Polkörper einmal je Versuch berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13117 ist neben der Leistung nach Nummer 13108 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13118 je Zyklus für die ersten beiden Polkörper einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13118 ist unabhängig von der Anzahl der untersuchten Polkörper einmal je Versuch berechnungsfähig.* *Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13119 ist je Polkörper einmal berechnungsfähig.* *Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13120 ist je Embryo einmal berechnungsfähig.* *Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.*	**2.829,30 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 13121 ist je Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.* *Die Etablierung der Diagnostik für die spezifische Mutation bzw. Mutationen in der Familie ist in dieser Leistung inkludiert.*	**2.558,26 €**
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 *Die Leistung nach Nummer 13122 ist je Behandlungszyklus einmal berechnungsfähig.* *Die Auswertung der Analyseergebnisse und Befunderstellung einschließlich Empfehlung zu für den Transfer geeigneten Eizellen ist in dieser Leistung inkludiert.*	**2.546,26 €**
13123	**Flüssigkeitsbasierte Bestimmung des Mutationsstatus oder Methylierungsstatus eines Gens (Liquid Biopsy)** Bestimmung des Mutationsstatus oder Methylierungsstatus eines Gens unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Therapie und/oder zum Krankheits-/Therapiemonitoring von bereits bekannten Tumormutationen maximal zweimal im Kalenderjahr Probe: Blut oder Liquor oder andere Körperflüssigkeit, einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA Isolierung, DNA-Fragmentierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); parallele Hoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next- Generation-Sequencing [NGS] oder sog. Long-Read Sequencing) einschließlich Detektion und Auswertung *Sofern an einem Gen sowohl der Mutations- als auch der Methylierungsstatus bestimmt wird, ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**600,00 €**
13124	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13123 für jedes weitere untersuchte Gen zur Indikationsstellung einer gezielten Therapie** *Das/Die untersuchte(n) Gen(e) ist/sind in der Rechnung anzugeben.* *Der Zuschlag nach Nummer 13124 ist je Material maximal zehnmal berechnungsfähig.* *Für weitere Gene zum Krankheits-/Therapiemonitoring ist der Zuschlag nach Nummer 13124 nicht berechnungsfähig.*	**150,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13125	**Liquorbasierte Bestimmung eines Methylierungsprofils** Bestimmung eines Methylierungsprofils unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Diagnosestellung/-sicherung, wenn eine bioptische Abklärung (Gewebeentnahme) medizinisch nicht vertretbar ist Probe: Liquor, einschließlich Probenaufbereitung: z.B. DNA-Isolierung, DNA-Anreicherung (z.B. [Multiplex-]PCR, Sonden-Hybridisierung); parallele Hoch-Durchsatz-Sequenzierung (sog. Next-Generation-Sequencing [NGS] oder sog. Long-Read Sequencing oder oder Array-basierte Hoch-Durchsatz-Analyse) einschließlich Detektion und Auswertung *Sofern an einem Gen sowohl der Mutations- als auch der Methylierungsstatus bestimmt wird, ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**3.987,30 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **O**

Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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, insbesondere auch durch Untersuchungen nach Nummer 15 oder 16
   - 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. StrlSchG, StrlSchV, 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 13389, 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 13264. Die gutachtliche Zweitbefundung ist über die Leistungen nach Nummer 307 und 308 berechnungsfähig.**

4. **Die Leistung nach Nummer 301 ist 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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 Antikoagulanzien (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese kann bei den Leistungen nach den Nummern 13269 – 13316 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 (bei Kindern und Jugendlichen > 97. geschlechtsspezifische Perzentile des BMI) 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13200	**Sialographie,** einschließlich - Sondierung und ggf. Erweiterung von Speicheldrüsenausführungsgängen - Einbringen von Kontrastmittel - Anfertigung der Röntgen-Aufnahme	**95,17 €**
13201	**Röntgenaufnahme von Zähnen,** je Projektion *Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13201 nur einmal und nicht je aufgenommenen Zahn berechnungsfähig.*	**8,68 €**
13202	**Panoramaschichtaufnahme der Kiefer** *Die Leistung nach Nummer 13202 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**39,13 €**
13203	**Panoramaschichtaufnahme eines Kiefers** *Die Leistung nach Nummer 13203 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**26,01 €**
13204	**Digitale Volumentomographie des Gesichtsschädels oder von Teilen des Gesichtsschädels oder der Kiefer,** ggf. einschließlich - der Untersuchung der Schädelbasis - anschließender 3D-Rekonstruktion *Die Leistung nach Nummer 13204 ist neben der Leistung nach Nummer 13205 nicht berechnungsfähig.*	**216,74 €**
13205	**Digitale Volumentomographie eines Kieferteils,** ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13205 ist neben der Leistung nach Nummer 13204 nicht berechnungsfähig.*	**139,30 €**
13206	**Low dose digitale Volumentomographie Ganzkörper** ggf. einschließlich - Untersuchung des Kopfes - Untersuchung der Extremitäten - Untersuchung der Wirbelsäule - anschließender 3D-Rekonstruktion *Neben der Leistung nach Nummer 13206 ist die Leistung nach Nummer 13207 nicht berechnungsfähig.*	**240,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13207	**Digitale Volumentomographie eines Wirbelsäulenabschnitts, mit Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume (im Bereich der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule) und/oder des Kreuzbeins,** ggf. einschließlich - des Steißbeins, - anschließender 3D-Rekonstruktion je Abschnitt *Die Leistung nach Nummer 13207 ist, wenn die Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume den Übergang zwischen zwei Wirbelsäulenabschnitten (z.B. TH12 und L1) betrifft, nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13207 ist neben der Leistung nach Nummer 13206 nicht berechnungsfähig.*	**107,17 €**
13208	**Digitale Volumentomographie der Schulterregion und/oder der Gelenke des Schultergürtels,** je Körperseite und/oder beider Sternoclavikulargelenke oder des Beckenringes (auch Sakroiliakalgelenke/Symphyse) und/oder eines oder beider Hüftgelenke ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion	**102,70 €**
13209	**Digitale Volumentomographie im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke (Fußgelenk, Sprunggelenk, Kniegelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk),** ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion, je Extremität *Wird an einer Extremität mehr als ein Gelenk untersucht, kann die Leistung nach Nummer 13209 zweimal berechnet werden.* *Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.*	**125,68 €**
13210	**Digitale Volumentomographie einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile** ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion	**106,28 €**
13211	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 13206, 13207, 13208, 13209 oder 13210 für zusätzlich angefertigte Funktions- bzw. axiale Belastungsaufnahmen mit Körpereigengewicht durch Digitale Volumentomographie** ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion *Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.*	**62,84 €**
13212	**Röntgenaufnahmen von Fingern oder Zehen, jeweils in zwei Ebenen** *Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13212 nur einmal und nicht je aufgenommenen Finger oder Zeh berechnungsfähig.*	**24,21 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13213	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13212 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene** *Der Zuschlag nach Nummer 13213 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.* *Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist der Zuschlag nach Nummer 13213 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.*	**12,54 €**
13214	**Röntgenaufnahmen von Handgelenk, Handwurzel, Mittelhand, allen Fingern einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel, Mittelfuß, allen Zehen eines Fußes oder Kniescheibe, jeweils in zwei Ebenen,** je Skelettteil *Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, sind die Leistungen nach Nummer 13214 oder 13215 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.*	**24,21 €**
13215	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13214 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene** *Der Zuschlag nach Nummer 13215 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**12,54 €**
13216	**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** *Werden mehrere der Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, sind die Leistungen nach Nummer 13216 oder 13218 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnungsfähig.*	**34,69 €**
13217	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13214 oder 13216 für gehaltene Aufnahme(n) und/oder Lagerungshilfe und/oder Lagekontrolle, ggf. einschließlich Markierung(en)**	**22,15 €**
13218	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13216 für ergänzende Ebene(n), ab der dritten Ebene** *Der Zuschlag nach Nummer 13218 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**12,54 €**
13219	**Röntgenaufnahme zur Bestimmung des Skelettalters,** einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und der gutachterlichen Beurteilung, ggf. mit Berechnung der prospektiven Endgröße	**52,00 €**
13220	**Röntgenübersichtsaufnahme des Beckens**	**33,98 €**
13221	**Kontraströntgenuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks, Schultergelenks oder Diskographie** *Die Leistung nach Nummer 13221 ist bei Aufnahme von bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.*	**147,31 €**
13222	**Kontraströntgenuntersuchung der Fingergelenke einer Hand, der Zehengelenke eines Fußes, eines oberen Sprunggelenks, eines unteren Sprunggelenks oder eines Ellenbogengelenks** *Die Leistung nach Nummer 13222 ist bei Aufnahme bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.*	**85,94 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13223	**Kontraströntgenuntersuchung der nicht in den Leistungen nach Nummer 13221 oder 13222 genannten übrigen Gelenke** *Die Leistung nach Nummer 13223 ist bei Aufnahme bis zu zwei Ebenen nur einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn mehrere Gelenke mit einer Aufnahme erfasst werden.*	**126,39 €**
13224	**Schädelübersichtsaufnahme,** ggf. in zwei Ebenen	**24,91 €**
13225	**Röntgenaufnahme von Schädelteilen in Spezialprojektionen,** je Teil *Werden mehrere Schädelteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13225 nur einmal und nicht je aufgenommenen Schädelteil berechnungsfähig.* *Die untersuchten Schädelteile sind in der Rechnung anzugeben.*	**29,18 €**
13226	**Röntgenaufnahme(n) von Nasennebenhöhlen** *Die Leistung nach Nummer 13226 ist auch bei Aufnahmen in mehreren Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**27,61 €**
13227	**Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule, in zwei Ebenen**	**36,78 €**
13228	**Röntgenaufnahmen der Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen**	**42,36 €**
13229	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13227 oder 13228 für Funktionsaufnahme(en)** *Der Zuschlag nach Nummer 13229 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**31,47 €**
13230	**Röntgenganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität,** ggf. in mehreren Ebenen *Die Leistung nach Nummer 13230 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**48,07 €**
13231	**Röntgenaufnahme von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm),** je Zielvolumen	**31,03 €**
13232	**Röntgenaufnahme des knöchernen Thorax, Hemithorax, Schulterblatt oder Brustbein,** ggf. in zwei Ebenen *Die Leistung nach Nummer 13232 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**32,07 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13233	**Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts in einer Ebene,** je Teil *Die Leistung nach Nummer 13233 ist neben der Leistung nach Nummer 13201, 13202, 13203, 13204, 13212, 13214, 13216, 13219, 13221, 13222, 13223, 13224, 13225, 13226, 13227, 13228, 13230, 13231 oder 13232 nicht berechnungsfähig.* *Das Skelettteil ist in der Rechnung anzugeben.*	**17,95 €**
13234	**Röntgenaufnahme von Halsorganen oder Mundboden,** ggf. in mehreren Ebenen *Die Leistung nach Nummer 13234 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**33,03 €**
13235	**Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane, in einer Ebene** *Wird dieselbe Ebene erneut geröntgt, ist eine gesonderte medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13235 ist neben der Leistung nach Nummer 13236 nicht berechnungsfähig.*	**32,07 €**
13236	**Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane, in mehreren Ebenen** *Die Leistung nach Nummer 13236 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13236 ist neben der Leistung nach Nummer 13235 nicht berechnungsfähig.*	**49,58 €**
13237	**Röntgenaufnahme der Speiseröhre,** ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Doppelkontrastdarstellung - Durchleuchtung	**77,56 €**
13238	**Röntgenaufnahme des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung,** ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Durchleuchtung *Die Leistung nach Nummer 13238 ist neben der Leistung nach Nummer 13239 nicht berechnungsfähig.*	**95,00 €**
13239	**Röntgenaufnahme des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Doppelkontrastdarstellung,** ggf. einschließlich - ösophagogastraler Übergang - Durchleuchtung *Die Leistung nach Nummer 13239 ist neben der Leistung nach Nummer 13238 nicht berechnungsfähig.*	**108,95 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13240	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13238 oder 13239 für die Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet**	**101,30 €**
13241	**Sonographie- oder bildwandlergesteuerte selektive Schmerztherapie(n) an der Wirbelsäule,** z.B. Facettengelenksinfiltration oder Periradikuläre Therapie, ggf. beidseitig, ggf. einschließlich - der erforderlichen Injektionen - Lokalanästhesie *Die Leistung nach Nummer 13241 ist neben der Leistung nach Nummer 1810, 1811, 1814, 7783, 7784, 8325 oder 8571 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13241 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	**80,00 €**
13242	**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 *Die Leistung nach Nummer 13242 ist bis zu zweimal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13242 ist neben der Leistung nach Nummer 1814 nicht berechnungsfähig.*	**201,45 €**
13243	**Dünndarmkontraströntgenuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde,** ggf. einschließlich Legen einer Duodenalsonde	**242,34 €**
13244	**Monokontraströntgenuntersuchung des Dickdarms,** ggf. einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters	**89,34 €**
13245	**Dickdarmdoppelkontraströntgenuntersuchung,** ggf. einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters und Luftinsufflation	**178,72 €**
13246	**Röntgen-Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane,** einschließlich Legen und Entfernen eines Ballonkatheters, ggf. nach Markierung der benachbarten Hohlorgane	**161,28 €**
13247	**Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken, als selbständige Leistung**	**78,79 €**
13248	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13247 für die Darstellung der gesamten Speiseröhre**	**67,53 €**
13249	**Kontraströntgenuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen, und/oder Pankreasgängen**	**59,27 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13250	**Röntgenübersichtsaufnahme des Bauches, in einer Ebene oder Projektion** *Die Leistung nach Nummer 13250 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**26,83 €**
13251	**Röntgenübersichtsaufnahme des Bauches, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen** *Die Leistung nach Nummer 13251 ist unabhängig von der Anzahl der aufgenommenen Ebenen nur einmal berechnungsfähig.*	**43,85 €**
13252	**Intravenöse Harntraktkontraströntgenuntersuchung**	**74,17 €**
13253	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13227, 13228, 13230 oder 13252 für ergänzende Ebene(n) ab der dritten Ebene oder für Spezialprojektion(en)** *Der Zuschlag nach Nummer 13253 ist unabhängig von der Anzahl der ergänzenden Ebenen oder Spezialprojektion(en) nur einmal berechnungsfähig.*	**25,08 €**
13254	**Retrograde Harntraktkontraströntgenuntersuchung,** je Seite	**89,34 €**
13255	**Refluxzystographie einschließlich Miktionsaufnahmen**	**136,89 €**
13256	**Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung**	**106,35 €**
13257	**Röntgenkontrastuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln** (z.B. Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) *Die Leistung nach Nummer 13257 ist für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase nicht berechnungsfähig.*	**87,17 €**
13258	**Röntgenaufnahme der Mamma einer Seite, in einer Ebene**	**52,59 €**
13259	**Röntgenaufnahme der Mamma einer Seite, in zwei Ebenen**	**64,71 €**
13260	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13258 oder 13259 für die kontrastmittelgestützte Untersuchung**	**30,84 €**
13261	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13258 oder 13259 für Vergrößerungsaufnahme oder Spotkompression**	**15,30 €**
13262	**Digitale dreidimensionale Röntgenaufnahme der Mamma (Tomosynthese) einer Seite,** ggf. einschließlich der Generierung von Summationsbildern, je Projektionsebene	**97,93 €**
13263	**Präparateradiographie,** ggf. einschließlich Lamellenradiographie, ggf. in zwei Ebenen	**24,24 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13264	**Doppelbefundung oder Konsensbefundung von einer oder mehreren Röntgenaufnahme(n) der Mamma,** je Seite	**9,08 €**
13265	**Röntgenaufnahme der Mamma im Rahmen interventioneller Maßnahmen,** einschließlich der jeweiligen Intervention (z.B. Biopsie oder Markierung der Mamma), je Zielläsion	**278,78 €**
13266	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13265 für die Markierung mit Clips,** je Markierung	**35,49 €**
13267	**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 *Die Leistung nach Nummer 13267 ist neben der Leistung nach Nummer 13265 nicht berechnungsfähig.*	**278,78 €**
13268	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13267 für weitere Zielläsionen,** je weiterer Zielläsion	**126,21 €**
13269	**Myelographie**	**126,70 €**
13270	**Bronchographie**	**152,34 €**
13271	**Röntgentomographien bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen,** je Strahlenrichtung oder Projektion	**38,22 €**
13272	**Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung**	**23,65 €**
13273	**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 *Die Leistung nach Nummer 13273 ist neben der Leistung nach Nummer 13241, 13265 oder 13267 nicht berechnungsfähig.*	**43,09 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13274	**Führungshilfe und/oder Lagekontrolle mittels Computertomographie z.B. bei Punktionen, Biopsien bzw. Stanzbiopsien, präoperativen Markierungen suspekter Befunde oder bei anderen interventionellen Maßnahmen,** je Zielvolumen *Die Leistung nach Nummer 13274 ist neben der Leistung nach Nummer 8380 nicht berechnungsfähig.*	**183,11 €**
13275	**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 €**
13276	**Serienangiographie arteriell oder venös im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule,** einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	**544,37 €**
13277	**Serienangiographie arteriell des Brust- und/oder Bauchraums,** einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	**408,83 €**
13278	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 13276 oder 13277 für jede weitere Serienangiographie im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule oder des Brust- und/oder Bauchraums,** je Serie *Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13278 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**83,86 €**
13279	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13276 oder 13277 für die 3D-Rotationsangiographie im Bereich des Schädels oder der Wirbelsäule oder des Brust- oder Bauchraums**	**133,80 €**
13280	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13276 oder 13277 für die superselektive Angiographie von Arterien oder Venen**	**200,00 €**
13281	**Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine,** einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	**383,14 €**
13282	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13281 für jede weitere Serie,** je Serie *Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13282 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**70,87 €**
13283	**Serienangiographie einer Extremität und ihrer Teile,** einschließlich Übersichtsangiographie, eine Serie	**383,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13284	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13283 für jede weitere Serie,** je Serie *Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13284 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**67,80 €**
13285	**Angiokardiographie einer Herzhälfte** *Die Leistung nach Nummer 13285 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13285 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3008 oder 3020 nicht berechnungsfähig.*	**89,39 €**
13286	**Angiokardiographie beider Herzhälften** *Die Leistung nach Nummer 13286 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13286 ist neben der Leistung nach Nummer 3001, 3007, 3008 oder 3020 nicht berechnungsfähig.*	**154,16 €**
13287	**Venographie im Bereich des Schädels, Brust- und/oder Bauchraums**	**255,94 €**
13288	**Venographie einer Extremität**	**255,94 €**
13289	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13288 für ergänzende Projektion(en),** je Sitzung	**62,01 €**
13290	**Perkutane Implantation oder Explantation eines Cavafilters,** einschließlich Angiographie	**1.426,80 €**
13291	**Perkutane Obliteration von oberflächlichen Venen durch intravasal eingebrachte Sonden,** z.B. mittels Radiofrequenzablation oder Laser, einschließlich Angiographie, je Extremität	**422,95 €**
13292	**Lymphographie,** je Extremität	**537,23 €**
13293	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13292 für ergänzende Projektion(en),** je Sitzung	**223,74 €**
13294	**Perkutane Entfernung eines venös gelegenen Fremdkörpers durch z.B. Fangschlinge,** einschließlich Angiographie	**700,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13295	**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 €**
13296	**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 €**
13297	**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 €**
13298	**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 €**
13299	**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 €**
13300	**Verschluss einer arteriellen Punktionsstelle mittels eines perkutan eingeführten Verschlusssystems**	**86,65 €**
13301	**Perkutane Entfernung eines arteriell gelegenen Fremdkörpers durch z.B. Fangschlinge,** einschließlich Angiographie	**800,00 €**
13302	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13303	**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 €**
13304	**Temporäre Okklusion einer oder mehrerer Arterien im Kopf-Hals-Bereich mittels Ballon,** einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff	**746,27 €**
13305	**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 €**
13306	**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 €**
13307	**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 €**
13308	**Embolisation der Leber oder einzelner Leberanteile unter Verwendung von Chemotherapeutika oder (chemotherapeutikatragender) Mikropartikel,** einschließlich aller angiographischen Darstellungen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer bis zu 60 Minuten	**1.250,00 €**
13309	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13308 für die transhepatische Pfortaderembolisation**	**209,92 €**
13310	**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 €**
13311	**Angiographiegestützte perkutane Embolisation von Gefäßmissbildungen mittels Embolisations- und/oder Sklerosierungsmitteln**	**850,00 €**
13312	**Embolisation der V. spermatica,** einschließlich angiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff, Angiographie	**350,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13313	**Intervention an einer oder mehreren intrakraniellen Vene(n),** einschließlich Einstelldurchleuchtung und angiographischer Befundkontrolle nach dem Eingriff, bei einer Behandlungsdauer von bis zu 60 Minuten *Die Leistung nach Nummer 13313 ist neben der Leistung nach Nummer 13299 nicht berechnungsfähig.*	**583,00 €**
13314	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13295, 13296, 13297, 13298, 13299, 13300, 13302, 13303, 13305, 13306, 13307, 13308, 13310 oder 13313 bei einer Leistungsdauer über 60 Minuten,** je weitere vollendete 15 Minuten	**110,00 €**
13315	**Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen,** einschließlich cholangiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	**600,00 €**
13316	**Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt,** einschließlich angiographischer Kontrollen in zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	**1.501,90 €**
13317	**Physikalische Gewebezerstörung 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 €**
13318	**Physikalische Gewebezerstörung 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 €**
13319	**Physikalische Gewebezerstörung 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 €**
13320	**Physikalische Gewebezerstörung 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13321	**Computergesteuerte Ganzkörper-Tomographie, mindestens mit Darstellung von Hals, Thorax und Abdomen,** ggf. einschließlich - Untersuchung des Kopfes - Untersuchung der Extremitäten - Untersuchung der Wirbelsäule *Neben der Leistung nach Nummer 13321 ist die Leistung nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 oder 13326 nicht berechnungsfähig.* *Die medizinische Begründung für die Durchführung der Leistung nach Nummer 13321 ist in der Rechnung anzugeben.*	**370,00 €**
13322	**Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich,** ggf. einschließlich der Untersuchung des kraniozervikalen Übergangs *Die Leistung nach Nummer 13322 ist neben der Leistung nach Nummer 13321 nicht berechnungsfähig.* *Von den Leistungen nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 und 13326 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**217,26 €**
13323	**Computergesteuerte Tomographie im Halsbereich** *Die Leistung nach Nummer 13323 ist neben der Leistung nach Nummer 13321 nicht berechnungsfähig.* *Von den Leistungen nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 und 13326 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**224,27 €**
13324	**Computergesteuerte Tomographie im Thoraxbereich,** ggf. einschließlich Koronarkalkbestimmung *Die Leistung nach Nummer 13324 ist neben der Leistung nach Nummer 13321 nicht berechnungsfähig.* *Von den Leistungen nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 und 13326 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**233,41 €**
13325	**Computergesteuerte Tomographie im Abdominal- und/oder Beckenbereich** *Die Leistung nach Nummer 13325 ist neben der Leistung nach Nummer 13321 nicht berechnungsfähig.* *Von den Leistungen nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 und 13326 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**270,41 €**
13326	**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 *Die Leistung nach Nummer 13326 ist, wenn die Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume den Übergang zwischen zwei Wirbelsäulenabschnitten (z.B. TH12 und L1) betrifft, nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13326 ist neben der Leistung nach Nummer 13321 nicht berechnungsfähig.* *Von den Leistungen nach Nummer 13322, 13323, 13324, 13325 und 13326 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.*	**164,88 €**
13327	**Computergesteuerte Tomographie einer Bandscheibe (Diskographie),** je Bandscheibe (Diskus)	**69,07 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13328	**Computergesteuerte Tomographie eines Kiefergelenks**	**172,97 €**
13329	**Computergesteuerte Tomographie im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke (Fußgelenk, Sprunggelenk, Kniegelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk),** je Extremität *Wird an einer Extremität mehr als ein Gelenk untersucht, kann die Leistung nach Nummer 13329 zweimal berechnet werden.* *Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.*	**193,35 €**
13330	**Computergesteuerte Tomographie einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile**	**163,51 €**
13331	**Computergesteuerte Tomographie der Schulterregion und/oder der Gelenke des Schultergürtels, je Körperseite und/oder beider Sternoclavikulargelenke**	**161,35 €**
13332	**Computergesteuerte Tomographie des Beckenringes (auch Sakroiliakalgelenke/Symphyse) und/oder eines oder beider Hüftgelenke**	**154,63 €**
13333	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13329, 13331 oder 13332 für die intraartikuläre Kontrastdarstellung eines Gelenks**	**110,27 €**
13334	**Zuschlag zu den nicht in den Leistungen nach Nummer 13329, 13331 oder 13332 erfassten übrigen Gelenken für die intraartikuläre Kontrastdarstellung**	**112,64 €**
13335	**Computertomographische Angiographie der Aorta in ihrer gesamten Länge**	**237,67 €**
13336	**Computertomographische Angiographie im Kopf- und/oder Halsbereich**	**224,33 €**
13337	**Computertomographische Angiographie im Thoraxbereich**	**238,35 €**
13338	**Computertomographische Angiographie im Abdominal- und/oder Beckenbereich**	**237,06 €**
13339	**Computertomographische Angiographie der Becken- und/oder Beingefäße**	**223,69 €**
13340	**Computertomographische Angiographie einer Extremität**	**193,65 €**
13341	**Computertomographische Angiographie einer Hand oder eines Fußes** *Die Leistung nach Nummer 13341 ist nur neben der Leistung nach Nummer 13340 berechnungsfähig, wenn nicht dieselbe Extremität angiographiert wird.*	**200,26 €**
13342	**Computergesteuerte Tomographie des Kolons,** ggf. einschließlich Legen eines Ballonkatheters *Die Leistung nach Nummer 13342 ist nur mit einer medizinischen Begründung berechnungsfähig. Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.*	**309,93 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13343	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13342 für ein Enteroklysma nach Sondeneinführung**	**60,43 €**
13344	**Computergesteuerte Tomographie der Bronchien**	**170,87 €**
13345	**Computergesteuerte Tomographie der Nieren, Harnleiter und Harnblase**	**213,37 €**
13346	**Computergesteuerte Tomographie von Gangsystemen, Fistel(n) und/oder Höhlen**	**183,15 €**
13347	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13328, 13331, 13332, 13335, 13336, 13337, 13338, 13340, 13341, 13342, 13344, 13345 oder 13346 für ergänzende computergesteuerte Tomographie(n)** (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik), je Verfahren einmal je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 13347 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**32,21 €**
13348	**Computergesteuerte Tomographie des Herzens und/oder der herznahen großen Gefäße,** ggf. einschließlich der herzversorgenden Gefäße (Herzkranzgefäße), Funktionsanalyse und Koronarkalkbestimmung *Die untersuchten Gefäße sind in der Rechnung anzugeben.*	**376,48 €**
13349	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13321, 13322, 13324, 13325, 13326, 13327, 13328, 13329, 13331, 13332, 13335, 13336, 13337, 13338, 13339, 13340, 13341, 13342, 13344, 13345, 13346 oder 13348, für zusätzliche Sequenzen bei Einsatz von intravenösem Kontrastmittel (bei CT)**	**24,10 €**
13350	**Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung**	**189,70 €**
13351	**Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß der LuKrFrühErkV bei einem kontrollbedürftigen bzw. abklärungsbedürftigen Erstbefund einschließlich der computerassistierten Detektion unter Nutzung einer Software**	**67,03 €**
13352	**Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skelettteilen mit quantitativer Computertomographie** *Die Leistung nach Nummer 13352 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**60,00 €**
13353	**Ganzkörper-Magnetresonanztomographie, mindestens mit Darstellung von Hals, Thorax und Abdomen,** ggf. einschließlich - Untersuchung des Kopfes - Untersuchung der Extremitäten *Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13353 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**592,19 €**
13354	**Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes,** ggf. einschließlich des cranio-zervikalen Übergangs	**388,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13355	**Magnetresonanztomographie der Halsorgane**	**389,63 €**
13356	**Magnetresonanztomographie der gesamten Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule)**	**545,94 €**
13357	**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 *Die Leistung nach Nummer 13357 ist, wenn die Darstellung mindestens zweier Zwischenwirbelräume den Übergang zwischen zwei Wirbelsäulenabschnitten (z.B. TH12 und L1) betrifft, nur einmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13357 ist je Kalendertag bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**260,17 €**
13358	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356 oder 13357 für Magnetresonanztomographie mit Flussmessung (Liquor und/oder Blutflussmessung)** *Die Leistung nach Nummer 13358 ist neben der Leistung nach Nummer 13359 nicht berechnungsfähig.*	**133,33 €**
13359	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356 oder 13357 für Magnetresonanztomographie mit Diffusions-Tensor-Imaging** *Die Leistung nach Nummer 13359 ist neben der Leistung nach Nummer 13358 nicht berechnungsfähig.*	**112,82 €**
13360	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356 oder 13357 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** *Der Zuschlag nach Nummer 13360 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 13360 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13372, 13400, 13401 oder 13402 nicht berechnungsfähig.*	**115,55 €**
13361	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356 oder 13357 für computergesteuerte Analyse der Hirnfeinstrukturen oder Hirngefäße bzw. der Feinstrukturen oder Gefäße des zentralen Nervensystems (z.B. Volumetrie)** *Der Zuschlag nach Nummer 13361 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**13,63 €**
13362	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13357 für MR-Myelographie zur Darstellung des Spinalkanals, des Myelons und der Wurzeltaschen eines Wirbelsäulenabschnitts (Hals- oder Brust- oder Lendenwirbelsäule)** *Die Leistung nach Nummer 13362 ist neben der Leistung nach Nummer 13371 oder 13372 nicht berechnungsfähig.*	**92,44 €**
13363	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13357 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** *Der Zuschlag nach Nummer 13363 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13362, 13400, 13401 oder 13402 nicht berechnungsfähig.*	**100,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13364	**Magnetresonanztomographie des kompletten Brust- und Bauchraumes,** ggf. einschließlich - des Halsbereichs - axillärer und inguinaler Lymphabflussgebiete *Die Leistung nach Nummer 13364 ist neben der Leistung nach Nummer 13353, 13355, 13365, 13366 oder 13367 nicht berechnungsfähig.*	**637,28 €**
13365	**Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer parenchymatösen Abdominalorgane**	**402,16 €**
13366	**Magnetresonanztomographie des Abdomens und/oder fetale Magnetresonanztomographie**	**501,62 €**
13367	**Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax oder des Beckens**	**406,78 €**
13368	**Magnetresonanztomographie von Gangsystemen, Fistel(n) und/oder Höhlen**	**324,75 €**
13369	**Magnetresonanztomographie des Kolons,** ggf. einschließlich Legen eines Ballonkatheters *Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13369 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**528,50 €**
13370	**Magnetresonanztomographie des Dünndarms, einschließlich Legen einer Duodenalsonde** *Bei Berechnung der Leistung nach Nummer 13370 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**528,50 €**
13371	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356, 13357, 13365, 13366, 13367, 13369 oder 13370 für die Magnetresonanztomographie mit Diffusionsgewichtung und/oder Perfusionsimaging** *Die Leistung nach Nummer 13371 ist neben der Leistung nach Nummer 13362 nicht berechnungsfähig.*	**25,64 €**
13372	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13354, 13356, 13357, 13365, 13367 oder 13369 für mindestens zwei zusätzliche Sequenzen bei komplexen Fragestellungen bzw. Erkrankungen wie z.B. onkologischer Fragestellungen, Epilepsie, Multiple Sklerose** *Der Zuschlag nach Nummer 13372 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13372 ist neben der Leistung nach Nummer 13362 nicht berechnungsfähig.*	**69,33 €**
13373	**Magnetresonanztomographie der Prostata,** ggf. mittels transrektaler Spule	**616,23 €**
13374	**Funktionelle und statische MR-Defäkographie,** einschließlich Anlage eines transrektales Katheters und Kontrastmitteleinbringung	**399,28 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13375	**Magnetresonanztomographie im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke (Sprunggelenk, Kniegelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk),** je Extremität *Wird an einer Extremität mehr als ein Gelenk mit einer dedizierten Spule gesondert untersucht, kann die Leistung nach Nummer 13375 zweimal berechnet werden.* *Die medizinische Indikation ist in der Rechnung anzugeben.* *Für die Leistung nach Nummer 13375 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 ist nur die 0,6fache Gebühr berechnungsfähig.*	**325,04 €**
13376	**Magnetresonanztomographie einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile** *Für die Leistung nach Nummer 13376 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 ist nur die 0,6fache Gebühr berechnungsfähig.*	**325,04 €**
13377	**Magnetresonanztomographie der Schulterregion und/oder der Gelenke des Schultergürtels, je Körperseite, und/oder beider Sternoclavikulargelenke**	**379,76 €**
13378	**Magnetresonanztomographie des Beckenrings und/oder der Sakroiliakalgelenke,** ggf. einschließlich - der Symphyse - eines oder beider Hüftgelenke	**343,13 €**
13379	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13375, 13376, 13377 oder 13378 für die intraartikuläre magnetresonanztomographische Kontrastdarstellung eines Gelenks**	**89,55 €**
13380	**Magnetresonanztomographie einer oder beider Mammae,** ggf. einschließlich - Darstellung der thorakalen Lymphabflussgebiete	**492,46 €**
13381	**Magnetresonanz-Angiographie (MRA) der gesamten Aorta**	**488,87 €**
13382	**Magnetresonanz-Angiographie (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 €**
13383	**Angiographie-Magnetresonanztomographie der Becken- und Beingefäße**	**537,76 €**
13384	**Magnetresonanz-Angiographie einer Extremität und/oder deren Abschnitte (Ober- und Unterarm oder Ober- und Unterschenkel),** ggf. einschließlich Hand oder Fuß	**440,00 €**
13385	**Angiographie-Magnetresonanztomographie einer Hand oder eines Fußes**	**387,01 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13386	**Magnetresonanztomographie des Herzens nativ einschließlich Funktionsanalyse,** ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	**565,36 €**
13387	**Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel zur Myokardcharakterisierung und Vitalitätsanalyse,** ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	**679,96 €**
13388	**Untersuchung mit physikalisch definierter oder pharmakologischer Belastung einschließlich Funktionsanalyse, zeitgleich mit der Leistung nach Nummer 13348, 13386 oder 13387,** einschließlich Medikamentenapplikation, EKG- und Blutdrucküberwachung, ggf. einschließlich EKG-Triggerung *Die Leistung nach Nummer 13388 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	**283,89 €**
13389	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13388 für radiologisch-kardiologisches Konsil und/oder Mitbefundung** *Der Zuschlag nach Nummer 13389 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 13389 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.*	**54,43 €**
13390	**Quantitative softwaregestützte Analyse der funktionellen Herzparameter,** einschließlich Flussmessung, ggf. einschließlich EKG-Überwachung und/oder EKG-Triggerung	**431,10 €**
13391	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13386, 13387 oder 13390 für die Analyse des rechten Ventrikels**	**100,00 €**
13392	**Magnetresonanz-Angiographie (MRA) der intrakraniellen Arterien und/oder Venen** *Die Leistung nach Nummer 13392 ist nur in begründeten Einzelfällen mehr als einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Die medizinische Begründung ist in der Rechnung anzugeben.*	**353,91 €**
13393	**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 €**
13394	**Magnetresonanztomographie zur Bestrahlungsplanung und/oder OP-Navigationsplanung**	**264,76 €**
13395	**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 €**
13396	**Echtzeit-Magnetresonanz-Monitoring zur intraoperativen Therapiekontrolle, zur MRT-gesteuerten fokussierten Ultraschalltherapie oder Echtzeit-MRT des Herzens**	**288,83 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13397	**Magnetresonanztomographische Untersuchung mit weniger als vier Sequenzen (z.B. flair Sequenz Hirnschädel des Kindes) oder abgebrochene Untersuchung**	**251,79 €**
13398	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13353, 13354, 13355, 13356, 13357, 13362, 13364, 13365, 13366, 13367, 13368, 13369, 13370, 13373, 13375, 13377, 13378, 13381, 13382, 13383, 13384, 13385, 13386, 13392, 13394, 13395 oder 13397 für zusätzliche Sequenzen bei Einsatz von intravenösem Kontrastmittel (bei MRT)**	**26,60 €**
13399	**MRT Spektroskopie,** einschließlich Auswertung	**596,72 €**
13400	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13400, 13401 oder 13402 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13400 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13400 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 13400 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**45,00 €**
13401	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13400, 13401 oder 13402 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13401 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13401 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 13401 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**60,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13402	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13400, 13401 oder 13402 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13402 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13402 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 13402 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**70,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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.**
   Bei der Die für die Anwendung erforderlichen Materialkosten der radioaktiven Stoffe (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig.
   Bei der Eigenherstellung eines Radiopharmakons sind neben den Materialkosten auch angemessene Kosten für die Herstellung des Radiopharmakons anhand eines Eigenbeleges 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 0,8fach anzusetzen.
   In der Rechnung sind die für die Anwendung erforderliche Aktivitätsmenge sowie die Wegstrecke von der Bezugsquelle zum Ort der Anwendung in km anzugeben.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13500	**Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse,** ggf. einschließlich Darstellung dystoper Anteile *Die Leistung nach Nummer 13500 ist neben der Leistung nach Nummer 13501 oder 13502 nicht berechnungsfähig.*	**77,00 €**
13501	**Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse einschließlich quantitativer Untersuchung mit Bestimmung der globalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse,** einschließlich Messwertverarbeitungssystem ggf. als Jodidclearance-Äquivalent *Die Leistung nach Nummer 13501 ist neben der Leistung nach Nummer 13500, 13502, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**131,79 €**
13502	**Radiojodkurztest der Schilddrüse bis zu 24 Stunden,** ggf. einschließlich - Blutaktivitätsbestimmungen - szintigraphischer Untersuchung(en) *Die Leistung nach Nummer 13502 ist neben der Leistung nach Nummer 13500, 13501, 13503, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13503 ist neben der Leistung nach Nummer 13502, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**130,07 €**
13504	**Szintigraphische Untersuchung des Gehirns**	**124,22 €**
13505	**Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums,** je Untersuchung *Die lumbale Punktion und Applikation sind gesondert berechnungsfähig.* *Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13508 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2908, 2922, 13509, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**129,34 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 13509 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2908, 2922, 13508, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**206,61 €**
13510	**Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe,** ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung *Die Leistung nach Nummer 13510 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2908, 2922, 13511 oder 13512 nicht berechnungsfähig.*	**99,77 €**
13511	**Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation,** ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung *Die Leistung nach Nummer 13511 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2908, 2922, 13510 oder 13512 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13512 ist neben der Leistung nach Nummer 2900, 2901, 2903, 2908, 2922, 13510 oder 13511 nicht berechnungsfähig.*	**284,30 €**
13513	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13509, 13511 oder 13512 für nuklearmedizinisch-kardiologisches Konsil und/oder Mitbefundung** *Der Zuschlag nach Nummer 13513 ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 13513 ist neben der Leistung nach Nummer 207 nicht berechnungsfähig.*	**26,63 €**
13514	**Ganzkörperszintigraphie des Skeletts,** einschließlich Schädel und Körperstamm in zwei Sichten oder Projektionen, ggf. einschließlich der Extremitäten oder Teilen der Extremitäten *Die Leistung nach Nummer 13514 ist neben der Leistung nach Nummer 13515 nicht berechnungsfähig.*	**237,98 €**
13515	**Teilkörperskelettszintigraphie,** ggf. einschließlich der kontralateralen Seite *Die Leistung nach Nummer 13515 ist neben der Leistung nach Nummer 13514 nicht berechnungsfähig.*	**145,51 €**
13516	**Ganzkörperszintigraphie des Knochenmarks, Schädel und Körperstamm in zwei Projektionen,** ggf. einschließlich der Extremitäten oder Teilen der Extremitäten	**237,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13517	**Verteilungsszintigraphie eines großen Gelenks,** einschließlich intraartikulärer Injektion des Radiopharmazeutikums *Die Punktion des Gelenks ist gesondert berechnungsfähig.*	**90,26 €**
13518	**Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten tumoraffinen Substanzen in einer und/oder mehreren Region(en)** *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.*	**130,91 €**
13519	**Ganzkörper-Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten, tumoraffinen Substanzen** *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.*	**298,61 €**
13520	**Perfusionsszintigraphie der Nieren,** einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung *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.*	**130,55 €**
13521	**Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance,** ggf. einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards *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.*	**249,09 €**
13522	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13520 oder 13521 für ein zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung,** ggf. einschließlich Medikamentengabe *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.*	**81,05 €**
13523	**Statische Nierenszintigraphie** *Die Leistungen nach Nummer 13520, 13521 oder 13523 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	**75,52 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13524	**Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmessplätzen oder mittels mehrfacher Blutaktivitätsbestimmungen im Gammacounter,** ggf. einschließlich - Registrierung mehrerer Kurven - Blutaktivitätsbestimmungen *Die Leistung nach Nummer 13524 ist neben der Leistung nach Nummer 13521, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.*	**69,33 €**
13525	**Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe mit Ausnahme der Schilddrüse** *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.*	**133,88 €**
13526	**Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts zur Blutungsquellensuche nach Gabe von radioaktiv-markierten Erythrozyten** *Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13526 ist neben der Leistung nach Nummer 13527 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13527 ist neben der Leistung nach Nummer 13526 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13529 ist neben der Leistung nach Nummer 13540 nicht berechnungsfähig.*	**100,44 €**
13530	**Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflussgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten,** ggf. einschließlich der kontralateralen Seite	**210,70 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13531	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13530 für die postszintigraphische Wächterlymphknoten-Sondenmessung**	**44,29 €**
13532	**Intraoperative Lymphknoten-Sondenmessung** *Die Leistung nach Nummer 13532 ist einmal je operativem Zugang berechnungsfähig.*	**71,38 €**
13533	**Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen** *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.*	**114,75 €**
13534	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13533 für die Bestimmung des Abbauorts** *Bei allen Wiederholungsuntersuchungen sind die Uhrzeiten in der Rechnung anzugeben.*	**23,71 €**
13535	**Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben in einer Region** *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.*	**145,51 €**
13536	**Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben im gesamten Stammbereich und/oder an den Extremitäten** *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.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13537 ist neben der Leistung nach Nummer 13543, 13544 oder 13545 nicht berechnungsfähig.*	**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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13540	**Funktionsszintigraphie,** einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus Regionen von Interesse (ROI) und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster Radionuklid-Passage), je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13540 ist neben der Leistung nach Nummer 13521, 13543, 13544 oder 13545 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Die Leistung nach Nummer 13542 ist neben der Leistung nach Nummer 13352, 13543, 13544, 13545 oder 13549 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13542 ist im Regelfall einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig. Bei mehr als einmaliger Berechnung im Kalenderjahr ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**60,00 €**
13543	**Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung, mindestens zwei Regionen von Interesse (ROI)** *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.*	**47,87 €**
13544	**Sequenzszintigraphie, mindestens sechs Bilder in schneller Folge** *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.*	**41,51 €**
13545	**Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung** *Die Leistung nach Nummer 13545 ist neben der Leistung nach Nummer 13501, 13502, 13503, 13508, 13509, 13520, 13521, 13524, 13533, 13537, 13542 oder 13563 nicht berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 13546 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13547 nicht in einer Sitzung berechnungsfähig.*	**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** *Der Zuschlag nach Nummer 13547 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 13546 nicht in einer Sitzung berechnungsfähig.*	**179,86 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13548	**In-vitro-Markierung von Blutzellen,** einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen	**55,87 €**
13549	**Messung mit dem Ganzkörperzähler,** ggf. einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren *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.*	**52,20 €**
13550	**Positronen-Emissions-Tomographie mit quantitativer Auswertung,** je Region *Die Leistung nach Nummer 13550 ist neben der Leistung nach Nummer 13551 nur einmal in einer Sitzung berechnungsfähig.*	**598,83 €**
13551	**Positronen-Emissions-Tomographie von Körperstamm und proximalen Extremitäten mit quantitativer Auswertung**	**686,80 €**
13552	**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 €**
13553	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13550 und/oder 13551 für sequentielle und/oder dynamische Aufnahmen mit Bestimmung der Zeit-Radioaktivitätskurven**	**98,94 €**
13554	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13551 für Ganzkörperaufnahmen (z.B. gesamte Körperoberfläche)** *Bei Berechnung des Zuschlags nach Nummer 13554 ist eine medizinische Begründung in der Rechnung anzugeben.*	**99,82 €**
13555	**Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen oder Applikation von Radiojod zur Diagnostik bei Schilddrüsenkarzinom,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13555 ist neben der Leistung nach Nummer 13556 nicht berechnungsfähig.*	**211,04 €**
13556	**Systemische Radionuklidtherapie,** je Sitzung *Die intravenöse Injektion der tumoraffinen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13556 ist neben der Leistung nach Nummer 13555 nicht berechnungsfähig.*	**317,85 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13557	**Lokale Radionuklidtherapie in einer Körperhöhle oder in einem Gelenk oder in einem Organ,** einschließlich Applikation *Die Punktionsleistung ist gesondert berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13557 ist neben der Leistung nach Nummer 13559 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Zu jedem Zielvolumen ist die applizierte Aktivitätsmenge in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13559 ist neben der Leistung nach Nummer 13557 nicht berechnungsfähig.*	**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	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13555, 13556, 13557, 13559 oder 13561 bei Anwendung von Beta-Strahlern**	**67,99 €**
13563	**Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie), mindestens zwei Aufnahmen** *Die Leistung nach Nummer 13563 ist die Leistung nach Nummer 13545 nicht berechnungsfähig.*	**41,69 €**
13564	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13564, 13565 oder 13566 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *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.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 13564 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13565	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13564, 13565 oder 13566 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *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.* *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.* *Der Zuschlag nach Nummer 13565 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**
13566	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13564, 13565 oder 13566 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13566 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13566 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 13566 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**50,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

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 13613, 13641 oder 13642 ist entsprechend der applizierten Gesamtdosis (in Gy) am Ende einer Bestrahlungsserie einmal je vollem Gy, je Zielvolumen berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 13614, 13616, 13617, 13634 oder 13638 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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

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.**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13600	**Erstellung eines nicht-rechnergestützten Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach Nummer 13613 oder 13614,** ggf. einschließlich Simulation, je Zielvolumen	**28,04 €**
13601	**Erstellung eines rechnergestützten Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach Nummer 13613, 13614, 13620, 13621 oder 13626,** 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 13614 oder 13621,** 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 13622, 13624, 13625, 13626, 13627 oder 13628 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 13623 oder 13630 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 13615 oder 13616,** 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13608	**Erstellung eines rechnergestützten, individuellen IMRT Bestrahlungsplans für die Leistung nach Nummer 13617,** 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 *Die Leistung nach Nummer 13608 ist neben der Leistung nach Nummer 13600, 13601, 13602, 13607, 13609, 13610 oder 13611 nicht berechnungsfähig.*	**2.323,16 €**
13609	**Rechnergestützte Bestrahlungsplanung für die Ganzkörper- oder Ganzhautbestrahlung nach den Leistungen nach Nummer 13641 oder 13642 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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13610	**Erstellung einer rechnergestützten individuellen Bestrahlungsplanung für die Bestrahlung mit Protonen 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 €**
13611	**Erstellung einer rechnergestützten individuellen Bestrahlungsplanung für die Bestrahlung mit schweren Teilchen nach der Leistung nach Nummer 13638,** 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 €**
13612	**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 €**
13613	**Bestrahlung mit Photonen (bis zu 1 MeV),** je Zielvolumen, je 1 Gy	**21,93 €**
13614	**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 *Die Leistung nach Nummer 13614 ist für das gleiche Zielvolumen an demselben Kalendertag neben der Leistung nach Nummer 13615, 13616, 13617, 13620 oder 13621 nicht berechnungsfähig.*	**93,39 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13615	**Stereotaktische Einzeitbestrahlung (Radiochirurgie) (mehr als 1MeV),** ggf. einschließlich Fixierung, je Zielvolumen je 4 Gy	**1.822,53 €**
13616	**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	**253,31 €**
13617	**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 *Die Leistung nach Nummer 13617 ist für das gleiche Zielvolumen neben der Leistung nach Nummer 13613, 13614, 13615, 13616, 13621 oder 13642 nicht berechnungsfähig.*	**176,10 €**
13618	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13614, 13615, 13616 oder 13617 bei MR-gesteuerter Bestrahlung (MR-Linac)** *Neben dem Zuschlag nach Nummer 13618 sind Leistungen aus dem Abschnitt O I oder C VI im direkten zeitlichen Zusammenhang für diesen Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 13618 ist innerhalb eines Zeitraumes von 6 Monaten bis zu achtmal berechnungsfähig.*	**360,42 €**
13619	**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 13614, 13616 oder 13617 bei adaptiver CT-gesteuerter Bestrahlung (adaptive Radiotherapie)** *Neben dem Zuschlag nach Nummer 13619 sind Leistungen aus dem Abschnitt O I oder C VI im direkten zeitlichen Zusammenhang für diesen Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig.* *Neben dem Zuschlag nach Nummer 13619 ist der Zuschlag nach Nummer 13618 nicht berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nummer 13619 ist innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten bis zu fünfzehnmal berechnungsfähig.*	**260,00 €**
13620	**Intraoperative Strahlenbehandlung mit Röntgenstrahlen (bis 400 kV),** je Bestrahlungssitzung	**192,31 €**
13621	**Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen oder Photonen (mehr als 1 MeV),** je Bestrahlungssitzung	**608,33 €**
13622	**Intraoperative Strahlenbehandlung mittels High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie,** je Bestrahlungssitzung	**766,87 €**
13623	**Bestrahlung mittels Augenapplikatoren,** je Bestrahlungssitzung	**336,18 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13624	**Bestrahlung mittels High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie mit Moulagen,** je Bestrahlungssitzung	**336,18 €**
13625	**Perkutane Kontaktbestrahlung mittels Radionukliden,** je Bestrahlungssitzung	**249,02 €**
13626	**Bestrahlung mittels intrakavitärer High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie,** je Bestrahlungssitzung	**704,48 €**
13627	**Bestrahlung mittels intraluminaler High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie,** je Bestrahlungssitzung	**828,95 €**
13628	**Bestrahlung mittels interstitieller High-Dose-Rate (HDR) Brachytherapie, durch Nadeln, Applikatoren oder Kanäle,** je Bestrahlungssitzung	**902,54 €**
13629	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13624, 13626, 13627 oder 13628 für die Pulsed-Dose-Radiotherapie,** bis zu 24 Stunden	**847,88 €**
13630	**Bestrahlung mittels permanenter Low-Dose-Rate (LDR) Brachytherapie, durch Nadeln, Applikatoren oder Kanäle,** je Bestrahlungsserie *Die Leistung nach Nummer 13630 ist im Krankheitsfall für dasselbe Zielvolumen nur einmal berechnungsfähig.*	**1.593,45 €**
13631	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627, 13628 oder 13630 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von bis zu zwei Nadeln, Applikatoren oder Kanälen**	**41,41 €**
13632	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627, 13628 oder 13630 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von bis zu zehn Nadeln, Applikatoren oder Kanälen**	**124,22 €**
13633	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13622, 13623, 13624, 13625, 13626, 13627, 13628 oder 13630 für die Einbringung, Fixierung und Entfernung von mehr als zehn Nadeln, Applikatoren oder Kanälen**	**165,63 €**
13634	**Bestrahlung mit Protonen,** erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy	**687,77 €**
13635	**Bestrahlung mit Protonen bei Prostatakarzinom,** erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy	**496,72 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13636	**Bestrahlung mit Protonen bei Aderhautmelanom,** erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy	**458,51 €**
13637	**Bestrahlung mit Protonen bei einem hirneigenen Tumor und/oder bei einem Tumor im Kindesalter,** erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy	**764,19 €**
13638	**Bestrahlung mit schweren Teilchen,** erstes Zielvolumen je 1 Gy, jedes weitere Zielvolumen (z.B. Lymphknotenregion, simultan integrierter Boost) je 4 Gy	**832,00 €**
13639	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13614, 13615, 13616, 13617, 13634, 13637 oder 13638 für die atemphasengesteuerte (computergesteuerte Atemtriggerung) Durchführung der Bestrahlung,** je Bestrahlungssitzung	**135,00 €**
13640	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13614, 13615, 13616, 13617, 13634, 13635, 13636, 13637 oder 13638 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 *Neben dem Zuschlag nach Nummer 13640 sind Leistungen aus dem Abschnitt O I oder C VI im direkten zeitlichen Zusammenhang für diesen Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig.*	**80,00 €**
13641	**Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmark-/Stammzelltransplantation,** je 1 Gy *Die Leistung nach Nummer 13641 ist im Krankheitsfall bis zu zwölfmal berechnungsfähig.*	**176,19 €**
13642	**Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen,** je 1 Gy *Die Leistung nach Nummer 13642 ist im Krankheitsfall bis zu achtmal berechnungsfähig.*	**92,61 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13643	**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 *Die Leistung nach Nummer 13643 ist neben der Leistung nach Nummer 13944, 13945, 13946, 13947, oder 13948 nicht berechnungsfähig.*	**414,78 €**
13644	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13644, 13645 oder 13646 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13644 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13644 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 13644 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**20,00 €**
13645	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13644, 13645 oder 13646 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13645 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13645 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 13645 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**35,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13646	**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** *Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 13644, 13645 oder 13646 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts.* *Der Zuschlag nach Nummer 13646 ist für die Durchführung bei einem Patienten ab dem 9. Lebensjahr nicht berechnungsfähig, sofern die Hauptleistung in Narkose und/oder Sedierung erbracht wurde.* *Der Zuschlag nach Nummer 13646 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 13646 ist für dieselbe Hauptleistung nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält.* *Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.*	**50,00 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **P**

Sektionsleistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Allgemeine Bestimmungen

1. **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.

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Sektionsleistungen 15.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **R**

Rehabilitationsmedizinische Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Rehabilitationsmedizinische Leistungen 16.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
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 *Die Leistung nach Nummer 13800 ist in demselben Krankheitsfall nur einmal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13800 ist neben der Leistung nach Nummer 13803 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13801 ist in demselben Krankheitsfall bis zu viermal im Kalenderhalbjahr berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13801 ist neben der Leistung nach Nummer 13803 nicht berechnungsfähig.*	**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 *Die Leistung nach Nummer 13802 setzt voraus, dass zuvor im gleichen Krankheitsfall die Leistungen nach Nummer 13800 oder 13801 erbracht wurden.* *Die Leistung nach Nummer 13802 ist in demselben Krankheitsfall nur einmal pro Woche berechnungsfähig.*	**59,92 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13803	**Schriftliche, individuelle Planung, Leitung und Überwachung einer rehabilitativen Behandlung, Frührehabilitation und/oder multimodalen Komplexbehandlung unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte** *Diese Leistung nach Nummer 13803 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung ist die schriftliche, individuelle Planung von* *- mindestens 10 Therapietagen oder* *- 30 Therapieeinheiten.* *Die Leistung nach Nummer 13803 ist neben der Leistung nach Nummer 13800 oder 13801 nicht berechnungsfähig.*	**58,41 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Kapitel **S**

Sonstige Leistungen

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Sonstige Leistungen 17.00

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13900	**Erhebung einer ausführlichen Erstanamnese,** Dauer 60 Minuten *Die Art der Anamnese (z.B. homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische, ayurvedische) ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13900 ist neben der Leistung nach Nummer 13902 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 13900 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13900 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese einmal berechnungsfähig.*	**128,12 €**
13901	**Erhebung einer ausführlichen Folgeanamnese,** Dauer mindestens 30 Minuten *Die Art der Anamnese (z.B. homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische, ayurvedische) ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13901 ist neben der Leistung nach Nummer 13902 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 13901 sind weitere Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13901 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Anamnese bis zu sechsmal berechnungsfähig.*	**73,89 €**
13902	**Homöopathische, anthroposophisch-medizinische, naturheilkundliche, traditionell-chinesische oder ayurvedische Fallanalyse,** ggf. einschließlich Repertorisation, Dauer mindestens 30 Minuten *Die Art der Fallanalyse ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13902 ist neben der Leistung nach Nummer 13900 oder 13901 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13902 ist im Kalenderjahr unabhängig von der Art der Fallanalyse einmal berechnungsfähig.*	**66,00 €**
13903	**Erstellung einer komplexen Rezeptur gemäß chinesischer Medizin**	**19,50 €**
13904	**Erstellung einer komplexen Rezeptur gemäß ayurvedischer Medizin**	**19,50 €**
13905	**Pulsdiagnostik und/oder Zungendiagnostik nach den Regeln der chinesischen Medizin**	**15,50 €**
13906	**Pulsdiagnostik und/oder Zungendiagnostik nach den Regeln der ayurvedischen Medizin**	**15,50 €**
13907	**Nahrungsmittelunverträglichkeitstestung mittels IgG Bestimmung** *Die Leistung nach Nummer 13907 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.*	**14,87 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13908	**Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels RNA- und/oder DNA/RNA-Isolierung** *Die Leistung nach Nummer 13908 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.*	**28,31 €**
13909	**Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels Bakterienanzucht** *Die Leistung nach Nummer 13909 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.*	**80,00 €**
13910	**Bestimmung des Leitkeimspektrums im Stuhl mittels Polymerasekettenreaktion (PCR)** *Die Leistung nach Nummer 13910 ist neben entsprechenden Leistungen des Kapitels M nicht berechnungsfähig.*	**153,31 €**
13911	**Umfangreicher Arzneimittel-Test nach Übersichtsmessungen der peripheren Messpunkte,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13911 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**77,84 €**
13912	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13911 mit deutlich höherem Aufwand,** je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 13912 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**38,92 €**
13913	**Erfassung der Mundbatteriemessung pro Messstelle,** einschließlich Protokoll bei maximal 8 Messvorgängen oder 12 verschiedenen Messungen, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13913 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**4,29 €**
13914	**Herzfrequenzvariabilitäts- (HFV-) Messung zur Messung der Herzrhythmusstabilität unter sympathischer und parasympathischer Steuerung, vier Ableitungen, Aufzeichnung über 15 Minuten einschließlich Auswertung,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13914 ist bis zu viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13914 ist neben der Leistung nach Nummer 2900 oder 2901 nicht berechnungsfähig.*	**23,19 €**
13915	**Regulationstest,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13915 ist bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*	**69,14 €**
13916	**Nicht-apparativer klinischer Muskelfunktionstest zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken,** Dauer mindestens 10 Minuten	**26,91 €**
13917	**Messung der Leitwertveränderung auf der Haut über verschiedene Verfahren (z.B. BFD, BIT),** je Sitzung	**46,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13918	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 13917 bei außergewöhnlichem Aufwand mit Dreifachmessung unter neuraltherapeutischer Abfrage,** je Sitzung *Der Zuschlag nach Nummer 13918 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**31,86 €**
13919	**Durchführung von Testverfahren der psychophysiologischen Regulationstherapie im Sinne der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD),** ggf. computergestützt, Dauer 30 bis 45 Minuten *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13919 ist neben der Leistung nach Nummer 1400 oder 1401 nicht berechnungsfähig.*	**60,10 €**
13920	**Durchführung von Testverfahren der psychophysiologischen Regulationstherapie im Sinne der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD),** ggf. computergestützt, Dauer 45 bis 60 Minuten *Das jeweilige Verfahren ist in der Rechnung anzugeben.* *Die Leistung nach Nummer 13920 ist neben der Leistung nach Nummer 1400 oder 1401 nicht berechnungsfähig.*	**85,11 €**
13921	**Mikroaderlass**	**15,68 €**
13922	**Pulsbestimmte Ausleitung mit Bioresonanztherapie, auch im Sinne der Isopathie, Autonosode,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13922 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*	**28,26 €**
13923	**Anwendung einer Kolonhydrotherapie als therapeutische Kolonlavage unter Nutzung eines Therapiegerätes in Kombination mit Kolonmassage und Atemtherapie oder Durchführung eines ayurvedischen Einlaufs** *Die Art der Therapie ist in der Rechnung anzugeben.*	**54,81 €**
13924	**Durchführung allgemeiner ausleitender Verfahren im Rahmen einer naturheilkundlichen Behandlung (z.B. therapeutisches Erbrechen, Abführverfahren)**	**32,12 €**
13925	**Behandlung mit Wickeln oder Kompressen unter Zusatz von Substanzen,** je Sitzung	**20,02 €**
13926	**Pulsierende Signaltherapie (PST)**	**15,20 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13927	**Nicht-invasive Magnetfeldtherapie,** Dauer bis zu 20 Minuten, je Sitzung *Bei Erbringung als MBST ist die Leistung je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.*	**23,73 €**
13928	**Matrix-Regenerationstherapie,** Dauer bis zu 45 Minuten, je Sitzung	**12,48 €**
13929	**Atemtherapie nach Middendorf oder vergleichbare Verfahren,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13929 ist neben der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002 oder 2003 nicht berechnungsfähig.*	**39,78 €**
13930	**Direktive Tiefenentspannungstherapie auf Basis der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD) oder Tiefenentspannung in der Yoga-Therapie** *Die Art der Therapie ist in der Rechnung anzugeben.*	**36,69 €**
13931	**Psychovegetative Regulationstherapie unter Verwendung der Konfliktfarben auf Basis der Lüscher-Color-Diagnostik (LCD),** Dauer mindestens 50 Minuten, je Sitzung	**91,65 €**
13932	**Körperarbeit mittels Alexander-Technik,** je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13932 ist neben der Leistung nach Nummer 2000, 2001, 2002 oder 2003 nicht berechnungsfähig.*	**20,12 €**
13933	**Rhythmische Massage nach Ita Wegman,** Dauer mindestens 20 Minuten, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13933 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 2102, 2103, 2104 oder 13934 nicht berechnungsfähig.*	**38,06 €**
13934	**Spezialmassage gemäß Ayurveda,** Dauer mindestens 60 Minuten, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13934 ist neben der Leistung nach Nummer 2101, 2104 oder 13933 nicht berechnungsfähig.*	**84,02 €**
13935	**Chinesische Manualtherapie Tuina mit mindestens vier Grifftechniken,** Dauer je vollendete 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 13935 ist je Sitzung bis zu viermal berechnungsfähig.*	**19,14 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13936	**Behandlung mittels Vibratode im Sinne einer biomechanischen Muskelstimulation,** Dauer 6 bis 12 Minuten, je nach Körperregion, je Sitzung	**18,07 €**
13937	**Triggerpunkt- und/oder Reflexzonenmassage, z.B. Fußreflexzonenmassage,** je Sitzung	**42,18 €**
13938	**Behandlung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** Dauer bis zu 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 13938 ist neben der Leistung nach Nummer 13939, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**18,55 €**
13939	**Behandlung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** Dauer mehr als 20 Minuten *Die Leistung nach Nummer 13939 ist neben der Leistung nach Nummer 13938, 13940 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**42,90 €**
13940	**Behandlung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** 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 Schmerzerkrankung (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 *Die Leistung nach Nummer 13940 ist neben der Leistung nach Nummer 13938, 13939 oder 13941 nicht berechnungsfähig.*	**50,46 €**
13941	**Behandlung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** 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 Schmerzerkrankung (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 *Die Leistung nach Nummer 13941 ist neben der Leistung nach Nummer 13938, 13939 oder 13940 nicht berechnungsfähig.*	**66,47 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13942	**Behandlung durch Erwärmung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** Dauer mehr als 20 Minuten	**37,02 €**
13943	**Behandlung durch Erwärmung von Vitalpunkten entsprechend der ayurvedischen Medizin,** Dauer bis zu 20 Minuten	**17,03 €**
13944	**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 *Die Leistung nach Nummer 13944 ist je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13944 ist neben der Leistung nach Nummer 13945, 13946, 13947, oder 13948 nicht berechnungsfähig.*	**96,75 €**
13945	**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 *Die Leistung nach Nummer 13945 ist je Sitzung bis zu zwölfmal berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13945 ist neben der Leistung nach Nummer 13944, 13946, 13947, oder 13948 nicht berechnungsfähig.*	**112,53 €**
13946	**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 *Die Leistung nach Nummer 13946 ist je Sitzung bis zu sechzehnmal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 13946 sind ggf. intensivmedizinische Leistungen berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 13946 ist neben der Leistung nach Nummer 13944, 13945, 13947 oder 13948 nicht berechnungsfähig.*	**140,98 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Nummer	**Titel** / Zusatz / *Abrechnungsbestimmung*	Gebührensatz
13947	**Lokale Hyperthermie durch Behandlung mit InfraRot-A-Strahlung,** einschließlich Vorbereitung und Überwachung des Patienten und Einrichten des Gerätes, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 13947 ist neben der Leistung nach Nummer 13945, 13944, 13948 oder 13946 nicht berechnungsfähig.*	**57,27 €**
13948	**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 *Die Leistung nach Nummer 13948 ist neben der Leistung nach Nummer 13944, 13945, 13946 oder 13947 nicht berechnungsfähig.*	**195,86 €**
13949	**Schmerz- und Stressreduktion mittels inhalativer Anwendung eines Distickstoffmonoxid-Sauerstoff-Gemisches,** einschließlich - patientengerechter Steuerung der Gaszufuhr - klinischer Überwachung während der Anwendung sowie - erforderlicher Nachbeobachtung, je Sitzung	**15,50 €**

© Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Rechnungsformular

Ausfüllhinweise
Weiß hinterlegte Felder sind Pflichtangaben. Grau hinterlegte Felder sind Pflichtangaben, sofern dies insbesondere nach § 12 GOÄ gefordert ist. Grün hinterlegte Felder sind freiwillige Angaben. Für die Fälligkeit der Rechnung sind die Anforderungen des § 12 GOÄ maßgeblich. Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden.

 © Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Rechnungsempfänger/-in

Anrede, Titel, Vorname, Name / Einrichtung

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort, Land

Tel., E-Mail

Rechnungssteller/-in

Anrede, Titel, Vorname, Name, Facharztbezeichnung / Einrichtung, BSNR

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Tel., E-Mail

Abrechnungsstelle

Einrichtung / Firma

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Tel., E-Mail

USt.-ID Nr.

Rechnungsdaten

Rechnungsdatum

Rechnungsnummer

Verwendungszweck

Bitte zahlen Sie bis zum

Gesamtrechnungsbetrag EUR

Kontoinhaber/-in

Name der Bank

IBAN

BIC

Patientin/Patient

Anrede, Titel, Vorname, Name, Geburtsdatum

Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt

lfd. Nr. Ärztin/Arzt[1]	Anrede, Titel	Vorname, Name	LANR

[1] Nummerierung erforderlich, sofern Rechnungssteller/in eine juristische Person ist und Leistungen von mehreren Ärztinnen/Ärzten abgerechnet werden.

Einsendende Ärztin/einsendender Arzt bei Laborleistungen[1]

Anrede, Titel, Vorname, Name, LANR / Einrichtung, Straße, Haus-Nr. / Postfach der Einrichtung, BSNR, PLZ, Ort

[1] Entfällt, wenn nicht einschlägig.

Diagnose(n)[1]

ICD-Code[2]	Diagnose im Klartext	Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit[3]	Lokalisierung[4]

[1] Anzugeben sind ausschließlich die behandlungsrelevanten Diagnosen. Die jeweilige Diagnose ist entweder als ICD-Code oder im Klartext anzugeben.
[2] Es gilt die bei Aufnahme der Behandlung aktuelle ICD-Version.
[3] „ZA“: Zum Ausschluss, „G“: Gesichert, „VA“: Verdacht auf, „ZN“: Zustand nach.
[4] R (rechts), L (links) und B (beidseitig).

Prozedur(en) bei operativen Leistungen[1]

Datum	OPS-Code	Unverschlüsselte operative Leistung im Klartext	Lokalisierung[2]

[1] Entfällt, wenn nicht einschlägig; die Prozedur ist entweder als OPS-Code oder im Klartext anzugeben.
[2] R (rechts), L (links) und B (beidseitig).

 © Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.

Vergütung(en)

Datum	Anzahl	Präfix(e)[1]	GOÄ-Nummer	Titel der Leistungslegende/ Kurzbezeichnung	Begründung[2]	Dauer gemäß Leistungslegende	Faktor-Grund[3]	Faktor[4]	lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Betrag EUR

Zwischensumme für GOÄ-Leistungen		
Abzüglich Minderung iHv. 15% oder 25% gem. § 6a GOÄ	%	
Gesamtbetrag der ärztlichen Leistungen		
Umsatzsteuer für GOÄ-Leistungen	%	
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen[5]		
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung[6]		

Gesamtbetrag Vergütung(en)	

[1] „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „F“: Leistung zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen, „E“: Ersatz von Auslagen, „W“: Wegegeld (bis zu 25 km), „R“: Reiseentschädigung (über 25 km), „A“: analog nach GOÄ.

[2] Angabe einer Begründung soweit nach einer Allgemeinen Bestimmung oder Leistungslegende erforderlich; bei Sachkosten/Auslagen die Bezeichnung der Auslage; bei Arzneimitteln der Wirkstoffname oder die PZN sowie die konkret verbrauchte Menge; bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M der Ort der Leistungserbringung. Im Falle von Wegegeld/Reiseentschädigung sind die Angaben zur Berechnung (Entfernung in km, Nachtbesuch, Verkehrsmittel, Abwesenheit in Stunden, Übernachtungskosten) erforderlich.

[3] Grund für die Abweichung vom Gebührensatz: „HV“ für Honorarvereinbarung; „BT“ für Basistarif; „ST“ für Standardtarif; „NT“ für Notlagentarif; „AB“ für Allgemeine Bestimmung/Abrechnungsbestimmung; Mehrfachnennung ist möglich.

[4] Faktor, mit dem der Gebührensatz multipliziert wird.

[5] Inkl. Umsatzsteuer; übersteigt der Betrag für eine Auslage 100,00 Euro ist der Beleg beizufügen.

[6] Inkl. Umsatzsteuer.

Vergütungen nach GOZ[1]

Datum	Anzahl	Präfix(e)[2]	GOZ-Nummer	Titel der Leistungslegende/ Kurzbezeichnung	Begründung	Zahn/Region	Faktor	lfd. Nr. (Zahn-) Ärztin/Arzt	Betrag EUR

Zwischensumme für GOZ-Leistungen		
Abzüglich Minderung iHv. 15% oder 25% gem. § 7 GOZ	%	
Gesamtbetrag der zahnärztlichen Leistungen		
Umsatzsteuer für GOZ-Leistungen	%	
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen[3]		
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung[4]		
Abzüglich Vorleistung anderer Kostenträger/Vorauszahlungen		

Gesamtbetrag Vergütungen GOZ-Leistungen	

[1] Entfällt, wenn nicht einschlägig; sofern zahnärztliche Leistungen berechnet werden, gelten hierfür die Regeln der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 10 GOZ).

[2] „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung. „E“: Ersatz von Auslagen, „W“: Wegegeld (bis zu 25 km), „R“: Reiseentschädigung (über 25 km), „A“: analog nach GOZ berechnete Leistung

[3] Inkl. Umsatzsteuer, bei Leistungen nach der GOZ ist der Beleg stets beizufügen.

[4] Inkl. Umsatzsteuer.

Weitere erforderliche Angaben

Gesamtrechnungsbetrag EUR	

Diese Rechnung ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.

 © Copyright 2026 Bundesärztekammer u. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. | Alle Rechte vorbehalten.